81.

22500451043

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH MEDI
Library
ASSOCIA

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER, Agrégé de la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.
Dr A. CARTAZ, Secrétaire de la rédaction.
Dr H. RENDU, Agrégé de la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, WALTHER.

SEIZIÈME ANNÉE

TOME XXXI

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1838

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXI

ANATOMIE.

Fibres nerveuses, *Schiefferdecker*, 1; *Gedoeslt*, 2. — Terminaison des nerfs moteurs, *Rouget*, 2. — Composition des racines médullaires, *Siemerling;* faisceau de la moelle, *Sherrington*, 3. — Ganglion ophtalmique, *Jegorow*, 4. — Nerf acoustique du lapin, *Baginsky*, *Monakow*, 5. — Muscle cardiaque, *Chiarugi*, 6. — Veine saphène, *Klotz*, 7. — Poumon chez l'embryon, *His*, 8. — Conjonctive, *Zaluskowski;* corps vitré *Hache*, 9. — Cartilage hyalin fœtal, *Renaut;* corps thyroïde, *Streckeisen*, 10. — Fentes pharyngiennes, *Kastschenko;* corps papillaires, *Podwyssozki*, 11. — Formation cornée de la peau, *Reinke*, 12. — Aponévrose, *Grapow*, 13. — Reins, *Steiger;* testicule, *Laulanié*, 14; *Sertoli*, *Furst*, 15; *Jensen*, 16. — Muscles de Wilson, *Gros*, 17. — Os odontoïde, *Ajutolo;* coloration des nerfs, *Ehrlich*, *Pal*, 18.

PHYSIOLOGIE.

Circulation cérébrale, *Corin*, 19. — Battements du cœur, *Fredericq*; excitation des nerfs, *Tigerstedt*, 20; *Henrijean;* cœur, *Tschistowitsch*, 21. — Gaz du sang, *Bohr;* ondes sanguines, *Kries*, 22. — Vaisseaux du lapin, *Paneth;* réaction pupillaire, *Steinach*, 23. — Réflexes tendineux, *Sternberg;* contraction musculaire, *Dreser*, *Ewald*, 24. — *Lee*, *Marey*, 25. — Respiration, *Hanriot*, *Richet*, *Chauveau*, 26. — Calorimétrie, *Langlois;* mouvements passifs, *Goldscheider*, 28. — Respiration, *Langendorff*, *Kayser*, 29. — Goût, *Corin;* sucre dans le foie, *Girard*, 30. — Urée dans le foie, *Gréhant*, *Mislawsky;* glycogénie, *Chauveau*, 31; *Cramer;* déglutition, *Wassilieff*, 33. — Reins, *Kabrhel;* mouvements de l'intestin, *Bokai*, 34, 35.

CHIMIE MÉDICALE.

Digestion, *Goldschmidt*, 36. — Azote des sucs digestifs, *Ellenberger*, *Hofmeister*, 37. — Ferment de la caséine dans l'estomac, *Boas;* gaz des produits de secrétion, *Kulz;* albuminoïdes du sang, *Kander*, 38. — Oxydation de l'albumine, *Wurter*, 39. — Urée, *Christensen;* ferments dans l'organisme, *Hoffmann;* acétone dans l'urine, *Moscatelli;* acides dans la série grasse, *Nencki*, 40. — Coagulation intravasculaire, *Wooldridge;* champignons, *Vicenti*, 42. — Empoisonnement par un saucisson, *Ehrenberg*, 43. — Matières colorantes des sarcomes mélanotiques, *Berdez*, *Nencki*, 44. — Formation du pigment, *Oppenheimer*, 45.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Action du froid sur l'organisme, *Quinquaud ;* respiration artificielle, *Kraske,* 46. — Greffe oculaire, *Baraban, Rohmer;* corps étrangers des vaisseaux, *Siebel,* 47. — Injection d'eau salée, *Maydl ;* tuberculose osseuse, *Mueller,* 48.—Immobilité de l'articulation, *Moll ;* action des substances chimiques sur les centres nerveux, *Landois,* 49. — Résistance aux microbes, *Charrin;* température pour tuer les microbes, *Sternberg;* lésions de cause microbienne, *Bard,* 50. — Rage, *Golzi, Gamaleia, Ernst, Bardach, Ygouf,* 51. — Tuberculose, *Nocard, Roux, Chantemesse* 53. — Morve, *Loeffler,* 53. — Charbon, *Huber,* 54 ; *Nocard, Roux, Baquis, Mafuggi, Puech,* 55. — Pyohémie, *Pawlowsky ;* variole, *Guttmann ;* méningite, *Weichselbaum,* 56. — Fièvre jaune, *de Lacerda ;* érysipèle, *Eiselsberg,* 57.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Traités, *Bourgoin , Huguet , Blondel,* 58. — Action du foie sur les poisons, *Roger,* 59. — Élimination du fer, *Zaleski,* 61. — Action des chlorates, *Riess ;* valeur antiseptique de l'iodoforme, *Sattler, Saenger, Baumgarten, Kunze,* 62. — Iodisme, *Bradley;* trichlorure d'iode, *Langenbuch,* 64. — Calomel et chlorure, *Mossé ;* mercuriaux comme diurétiques, *Rosenheim, Fraenkel,* 65. — Salol, *Nicol;* paraldéhyde, *Froehner,* 66. — Amylène, *Mering ;* acétylène, *Brociner ;* méthylchloroforme, *Dubois, Roux ,* 67. — Chlorure d'éthylène, *Dubois, Roux ;* résorcine, *Callias;* antifébrine, *Demiéville, Mossé,* 68. — Antipyrine, *Caravias,* 69. — Ephédrine, *Miura ;* sténocarpine, *Claiborne, Knapp, Jackson, Marshall,* 70. — Cocaïne, *Mosso;* cytise, *Prévost, Binet,* 71. — Essence de tanaisie, *Peyraud,* 72. — Empoisonnements : par la toluylèndiamine, *Engel, Kiener ;* par le gaz d'éclairage, *Lamb ,* 73; par le chanvre indien, *Graeffner ;* par la nielle des blés , *Lehmann,* 74.

THÉRAPEUTIQUE.

Injections de solutions salées, *Pregaldino, Rosenbusch ,* 75. — Régime lacté , *Chibret ;* bains électriques , *Wagner,* 76. — Traitement de la phtisie, *Fraentzel, Sahli, Méneau, Statz, Collon,* 77 ; *Villi, Crane,* 80. — Spartéine, *Prior,* 80. — Fuchsine dans l'albuminurie, *Riess,* 81. — Traitement de la coqueluche, *Holloway ;* antipyrine, *Harris, Gœnner, Davis, Hirsch,* 82. — Hyoscine dans les maladies des reins, *Tirard ;* action du colchique, *Taylor;* saccharine dans le diabète , *Kohlschutter, Elsasser,* 83. — Acide salicylique, diurétique, *Huber;* action des antithermiques, *Henrijean,* 84. — Résorcine dans la diphtérie , *Jaja;* thalline dans la fièvre typhoïde, *Rutimeyer, Steffen,* 85. — Soufre dans la diphtérie, *Schnyder,* 86.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux : *Nothnagel*, *Naunyn*, *Siemerling*, *Kœnig*, *Sigaud*, 86 ; *Hutchinson*, *Carbonieri*, *Churton*, *Bastian*, *Lemoine*, *Jackson*, *Poore*, *Daly*, *Leclerc*, *Alexander*, *Bramwell*, *Macewen*, *Ziem*, 87 ; *Seguin*, *Lisle*, *Bramwell*, *Hemming*, *Sutton*, 93; *Mendel*, *Oppenheim*, *Siemerling*, *Pel*, 95 ; *Thornburn*, *Nauwerk*, *Althaus*, *Martius*, *Krœnig*, *Sandoz*, *Miliotti*, *Pierret*, *Mollière*, *Oppenheim*, *Kuessner*, *Bramwell*, *Remak*, *Berbez*, *Rindfleisch*, *Siemerling*, *Erlicki*, *Rybalkin*, *Borgherini*, *Blocq*, *Mann*, *Pitres*, *Vaillard*, *Hirt*, *Rosenthal*, *Springer*, 97 ; *Westphal*, 99 ; *Finlay*, *Laquer*, 105 ; *Dana*, *Vierordt*, *Bruzelius*, *Huguet*, *Archer*, *Lépine*, *Arthaud*, *Grimodie*, *Pitres*, *Vaillard*, *Beevor*, *Bruce*, *Mott*, *Neumann*, *Letulle*, *Marie*, *Reynolds*, 106; *Vetter*, *Witkowsky*, *Léonard*, *Guinon*, *Letulle*, *Koch*, *Riess*, *Robertson*, *Oppenheim*, *Suckling*, *Eulenburg*, 113 ; *Lannegrace*, *Kisch*, 114. — Chlorose, anémie, *Persillard*, *Delaborde*, *André*, *Duclos*, *Clark*, *Silbermann*, *Nolet*, *Sandoz*, *Lichtheim*, 119 ; *Henrot*, 121. —Dilatation du cœcum, *Bouveret*, 121. — Dilatation de l'estomac, *Françon*, 122. — Paludisme, *Marchiafava*, *Celli*, *Golgi*, *Manson*, *Firth*, *Blanc*, *Maurel*, 122. — Purpura, *Oliver*, *Treves*, *Wagner*, *Henoch*, *Masing*, *Casoretti*, *Mollière*, 125. — Béribéri, *Vineberg*, *Seguin*, *Reucar*, *Villette*, 128.— Fièvre typhoïde, *Glaeser*, 129.— Rhumatisme, *Mantle*, *Ewer*, *Krukenberg*, *Renault*, 130. — Diphtérie, *Cozzolino*, 131.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Hémorragie, *Snéguireff*, 131. — Endométrite et périmétrite, *Porak*, *Czempin*, 132; *Nœggerath*, 133. — Prolapsus des ovaires, *Vallin*, 133. — Kystes ovariques, *Chalot*, *Terrillon*, 134; *Quénu*, 135; *Sims*, *Fenger*, *Mundi*, 136. — Hernie ventrale après la laparotomie, *Wylie* ; papillome de la trompe, *Doran*; castration chez la femme, *Maguin*, *Schede*, 137. — Laparotomie pour flexions utérines, *Polk*, *Coe*, 138. — Electrolyse contre les fibromes, *Cutter*, *Grandin*, 139. — Opération d'Alexander, *Kellog* ; traitement du cancer utérin, *Hofmeier*, 140. — Traité d'accouchements, *Tarnier*, *Budin*, 141. — Contraction de la grossesse, *Schatz*; souffle utérin, *Andreiew*; col utérin dans la grossesse, *Imbert*, 143 ; rétroversion de l'utérus gravide, *Pinard*, *Varnier* ; endométrite de la grossesse, *Veit*, 144. — Fonction mammaire de la peau, *Champneys*, 145. — Thrombus du vagin, *Budin* ; état de la trompe dans la grossesse, *Cuzzi* ; opérations pendant la grossesse, *Hofmeier*, 146. — Procidence du cordon ombilical, *Maygrier*; version, *Herman*, 147.— Palpation de l'épaule, *Rivière* ; rupture des membranes, *Pinard*, 148. — Placentas multiples, *Ribemont*; placenta abortif, *Zinowieff*, 149. — Avortement, *Warren*, *Dumas*; accouchement prématuré, *Dohrn*, 150.— Injections d'eau chaude, *Gauvry*; grossesse extra-utérine, *Walker*; couveuse et gavage, *Berthod*, 151. — Injections de sublimé, *Dakin*, 152.

MALADIES DES ENFANTS.

Sang du fœtus, *Krueger*, *Silbermann*; accidents de croissance, *Petit*, 153. — Digestion du lait, *Escherich*; pachyméningite, *Grancher*, 154. — Tuberculose cérébrale, *Berry*, *Bramwell*; hydrocéphalie, *Morris* ; paralysie infantile, *Lorenz*, 155. — Malformation cardiaque, *Leo*; coqueluche, *Adler*, *Mou-*

bius, 156. — Pleurésie et empyème, *Holt*, *Huber*, *Garnett*, 157. — Diarrhée infantile, *Damaschino*, *Clado*, *Hayem*, 157; *Lesage*, *Hayem*, *Vaughan*, *Holt*, 158, — Acétonurie, *Jumon;* naphtaline dans la diarrhée, *Widowitz*, 160. — Néphrites, *Hase*, *Mircoli*, 161. — Hernie du cœcum, *Wright;* tuberculose du premier âge, *Landouzy;* abcès multiples, *Escherich;* troubles causés par le phimosis, *Magraden*, 162 — Cancer abdominal, *Duncan;* diphtérie, *Senator*, 163.

DERMATOLOGIE.

Erythème buccal, *Lanz;* hyperkératose, *Hebra*, 163. — Eczéma séborréique, *Unna*, 164. — Urticaire, *Unna*, 166. — Prurit, *Diakonow;* pityriasis, *Hublé;* impetigo et furoncles, *Bockhart*, 167. — Impetigo sycosiforme, *Poncet;* lichen ruber, *Rona*, *Behrend;* psoriasis, *Demateis*, *Ducrey*, 169. — Pemphigus, *Siebenmann;* Zona, *Barié*, *Behrend*, 170.—Phlycténose, *Behrend*; dysidrosis, *Rosenthal;* pellagre, *Neuser*, 171. — Mycosis, *Kaposi*, *Kuehne*, 172. — Tuberculose cutanéo-muqueuse, *Hanot*, *Vallas*, *Sanguinetti*, 173. — Lupus, *Demme*, *Risso*, *Raymond*, 174; *Costaldi*, 175. — Lèpre, *Kuehne*, *Ferré*, 175; *Campana*, *Bonome*, 176.— Molluscum, *Taylor;* hydradénomes, *Jaquet*, *Darier;* pellagre, *Mollière*, 177. — Tératomes papillaires, *Majocchi;* tricophytia, *Campana;* alopécie nerveuse, *Schutz*, 178. — Sclérodermie, *Goldschmidt*; ulcère de Pendjeh, *Roth*, 179. — Cocaïne en dermatologie, *Lustgarten*, 180.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Genèse de la syphilis, *Carmelo;* dents syphilitiques, *Vaquez*, 180. — Syphilis héréditaire, *Tavernier;* syphilis cutanée, *Salsotto*; syphilis tardive et précise, *Ferrara*, *Taylor*, 181. — Fièvre syphilitique, *Barduzzi*, 182.—Diagnostic des chancres, *Wertheim;* chancre diphtéroïde, *Hutchinson*, 183. — Kératite syphilitique, *Trousseau;* excision du chancre, *Thiéry*, 184. — Injections mercurielles dans la syphilis, *Besnier*, *Martineau*, *Harthung*, *Balzer*, *Guelpa*, *Vicario*, *Schadek*, 184; *Schadek*, *Scarenzio*, 185. —Persistance du gonococcus dans l'urètre, *Orcel*, 187. — Diagnostic du gonococcus, *Wendt;* gonocoques dans les abcès, *Sahli;* virulence du bubon, *Barduzzi*, 188. — Blennorragie chez la femme, *Schwarz*, 188; *Steinschneider*, 191. — Infection secondaire blennorragique, *Bockhart*; parotidite blennorragique, *Curtis*, 190. —Thalline dans la blennorragie, *Kreis*, *Goll*, 191.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Autoplastie, *Métaxas-Zani*, *Israel*, *Gersuny*, *Rogers*, 191. — Affections buccales, *Tédenat*, *Seifert*, *Dubrueil*, 192. — Bec-de-lièvre, *Broca*, 194. — Kystes congénitaux, *Lannelongue*, *Achard*, 195.— Fibromes branchiaux, *Reverdin*, *Mayor*, 197. — Plaies de tête, trépanation, *Ginger*, *Berra*, *Verneuil*, *Monod*, *Folet*, *Horsley*, *Stewart*, *Armstrong*, *Schneider*, 198. — Nécrose du maxillaire, *Rose*, 201.—Section et suture des nerfs, *Krause*, *Schiff*, *Tillaux*, *Polail-*

lon, *Ehrmann*, *Segond*, *Quénu*, *Lederhose*, 202. — Affection du poumon, *Bouilly*, *Runeberg*, *Park*, 205; *Zielewicz*, *Geiss*, *Stewart*, *Schotten*, 206. — Amputations, *Obalinski*, *Dubrueil*, *Ried*, 208. — Résections, *Routier*, *Lucas-Championnière*, *Dumont*, *Zesas*, *Link*, *Fahrenbach*, *Wartmann*, 209. — Maladies des os, *Bourgeois*, *Tschernning*, *Zahn*, *Lesser*, *Lauenstein*, *Nichans*, *Girard*, *Lucas-Championnière*, 212; *Le Roy*, *Steinthal*, *Béraud*, *Socin*, *Helferich*, 213. — Maladies des articulations, *Forgue*, *Maubrac*, *Wolff*, *Schüssler*, *Defontaine*, 218; *Stimson*, *Schüssler*, *Porto*, *Dubrueil*, *Faucon*, *Bondesen*, *Sprengel*, 219. — Lésions du rachis, *Lamb*, *Lauenstein*, *Albrecht*, *Nebel*, 226. — Affections des mains et des doigts, *Kocher*, *Schœning*, *Schmit*, *Terrier*, *Cohen*, 228. — Kystes des doigts, *Reverdin*, 230. — Pied bot, genu valgum, *Philipson*, *Hacker*, *Rydygier*, 231; *Kirmisson*, 232. —Affections du foie et de la rate, *Rosenkranz*, *Burkhardt*, *Lannelongue*, *Dixon*, *Tillmanns*, *Tischendorf*, *Kuester*, *Hofmokl*, *Courvoisier*, *Langenbuch*, *Kappeler*, *Loreta*, *Donat*, 233; *Thornton*, 234.—Infection tuberculeuse, *Leser*, 239. — Scarlatine chirurgicale, *Hoffa*, 240. — Erysipèle, *Classen*; tumeurs des gaines vasculaires, *Regnault*; lipome, *Grosch*, 241. — Traitement de la pyohémie, *Barr*, 242.

OPHTALMOLOGIE.

Déformation des mirages, *Leroy*, 242. — Circulation rétinienne, *Raehlmann*; troubles oculaires dans les névroses, *Stevens*, *Ranney*, 243. — Action des mydriatiques, *Stocker*; cause de mydriase, *Rampoldi*; troubles oculaires d'origine nasale, *Bettman*, 244. —Herpès oculaire, *Durruty*; — blépharite, *Rœder*; trachome, *Kucharsky*, 245. — Infiltration cornéenne, *Rampoldi*, 246. — Tatouage de la cornée, *Hirschberg*; plaies de la cornée, *Neese*, 247. — Irido-choroïdite, *Despagnet*, 248. — Glaucome, *Birnbacher*, *Czermak*, *Lange*, 249; *Sachs*, 250; *Dobrowlsky*, 251. — Sarcome ciliaire, *Goldzieher*; ophtalmie sympathique, *Coleman*, *Gunn*, 251. — Ophtalmoplégie, *Blanc*, 252. — Atrophies papillaires. *Trousseau*, *Abadie*, *Dehenne*; luxation du cristallin, *Montagnon*, 253. —Cataractes, *Rivière*, *Pfalz*, *Schwiegger*, 254; *Burchardt*, *Pagenstecher*, 255; *Meyer*, *Bournonville*, 256. — Thrombose rétinienne, *Nettleship*; tumeurs du nerf optique, *Mellinger*, 257; *Jocqs*, 258. — Paralysies oculaires, *Thomsen*, 258; *Richter*, 259. — Myopie, *Pflueger*; éviscération du globe, *Mules*; suggestion dans les maladies oculaires, *Fontan*, 250.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Muqueuse nasale, *Chatellier*; rhinosclérome, *Wolkowitsch*, 201. — Varices nasales, *Villedary*; déviations de la cloison, *Lœwy*, *Genzmer*, *Schans*, *Delorme*, 262. — Empyème du sinus, *Fraenkel*, 264; *Killian*, 265. — Cathétérisme du sinus frontal, *Jurasz*, 265. — Pharyngotomie, *Obalinski*, 266; *Krœnlein*, 267.—Amygdalotomie, *Zuckerkandl*, 268.—Pharyngites, *Vergely*, *Masucci*; végétations adénoides, *Killian*, 269; *Coupard*, 270. — Fibromes naso-pharyngiens, *Pluyette*; laryngite catarrhale, *Moure*, 270.— Névroses laryngées, *Fraenkel*; prolapsus de la muqueuse, *Jelenffy*; pachydermie laryngée, *Virchow*, 271.—Périchondrites laryngées, paralysies, *Donaldson*, 272; — Trachéocèle, *Giraud*, *Heymann*; kystes du larynx, *Garel*, 273. — Extirpation du larynx, *Solis Cohen*, *Cohn*, *Novaro*, *Chiarella*, 274. — Acuité auditive, *Barr*, *Hartmann*, *Jacobson*; surdi-mutité, *Giampietro*, 275. — Ten-

sion du tympan, *Fick*, 276. — Nécrose labyrinthique, *Bezold;* excision des osselets, *Sexton*; vertige de Ménière, *Gellé*, 277. — Trépanation mastoïdienne, *Lucas*, *Jacobson*, 278. — Otites, *Kretschmann*, *Gradenigo*, 279. — Kystes du pavillon, *Hartmann*, 280. — Excision du tympan, *Baracz*, 281.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES

Morbidité de l'armée allemande en 1870, 281. — Rapport sur l'armée du Danube, 283. — Campagne du Sud-Oranais, *Delmas*, 288. — Les ambulances au Tonkin, *Ségelle*, 289. — Suicides dans l'armée anglaise; faiblesse de constitution au point de vue du recrutement, *Duponchel*, 290. — Rupture musculaire des cavaliers, *Charvot*, *Couillault*, 291. — Effets de la mélinite, *Tachard*; périostite à la suite des marches, *Pauzat*, 292. — Conserves, *Tschakalew*; les Anglais dans la haute Egypte, 293. — Les troupes à Madagascar, *Le Goleur;* maladies des pays chauds, *Corre*, 294. — Climat de la Guyane, *Fortoul*, 295.

REVUE GÉNÉRALE.

Ptomaïnes et leucomaïnes, *Roussy*, 296.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 316.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXI

ANATOMIE.

Commissure grise, *Viller*, 401; corps striés, *Marchi;* cervelet, *Saccozzi;* glande pinéale, *Peytoureau*, *Granel*, *Cionini*, 402. — Nerf facial, *Mendel*, *Exner*, 404. — Nerfs périphériques, *Hartmann*, *Prus;* rétine, *Claeys;* cornée, *Bourgeois*, 405. — Blastopore et glandes germinatives, *Keibel*, *Semon*, 406. — Fécondation, *Zacharias*, *van Gehuchten*, 407. — Embryogénie, *van Beneden*, *Gegenbaur*, 411. — *Wolff*, *Boas*, *van der Stricht*, 412. — Histologie des nerfs, *Rosenheim;* des fibres élastiques, *Pansini;* des poils, *Mertsching*, 414. — Des fibres musculaires, *Kœhler;* des gaînes des tendons, *Debierre* et *Rochet*, 416; des synoviales carpiennes, *von Rosthorn*, 417.

PHYSIOLOGIE.

Nerf facial, *Exner* et *Paneth*, 417. — Ecorce cérébrale, *Corin*, *van Beneden*, *Mislawsky*, 418. — Ganglions spinaux, *Prejaldino*, *Joseph*, 419. — Canaux semi-circulaires, *Ewald*; impressions thermiques, *Vintschgau* et *Steinach*, 420. — Sympathique et pupille, *Jegorow*, 421; *Charpentier*, 422. — Pression intraoculaire, *Fick;* hydraulique vasculaire, *Kries*, 423. — Sang et alloxanthine, *Kowalewsky*, 424. — Cardiographie, *Edgrew*, *Fredericq*, 425. — Soustractions sanguines, *Fredericq*, 426. — Thermométrie, *Grasset*, 427. — Digestion, *Ewald* et *Boas*, 427; *Chandelers*, *Ellenberger*, *Hofmeister*, 429; *Röhmann*, *Herzen*, 431. — Fonctions du foie, *Lahousse*, *Seegen*, 432. — Albuminoïdes, *Hirschfeld*, *Nasse*, 435. — Fonctionnement des uretères, *Samschin*, 436. — Sécrétion urinaire, *Posner*, *Gruber*, 437.

CHIMIE MÉDICALE.

Acide lactique dans le sang et l'urine, *Berlinerblau*, *Gaglio*, *Hirschler*, *Holovtschiner*, 439. — Acide oxybutyrique du sang, *Hugonnenq*, 440. — Acide chlorhydrique du suc gastrique, *Günzburg*, *Jaworski*, 441. — Acide sulfovinique de l'urine, *Hoppe-Seyler*, 442. — Réactif de Pettenkofer, *Mylins*, 442. — Jécorine, *Baldi*. — Hémoglobine de l'urine, *Rosenthal*, 443. — Matières colorantes de l'urine, *Udranzsky*, *Salomon*, 444. — Réaction de l'albumine, *Liebermann;* cristaux gras des fèces, *Stadelmann*, 445. — Urobilinurie, *Hayem*, 445. — Acide glucuronique, *Thierfelden*, 446. — Bilirubine, *Ehrlich*, 447. — Electrosynthèse *Drechsel;* le fer et l'hémoglobine des muscles, *Zalesky*, 448.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité, *Rindfleisch;* traduction, *Gross*, 448. — Diapédèse, *Pekelharing*, 449; karyokinèse, *Cornil* et *Toupet;* régression cellulaire, *Hermann*, 450. — Cellules de la moelle, *Trzebinski*, *Warner;* des nerfs, *Hochwart*, 451; *Tangl*, 452. — Microcéphalie, *Steilechner; Gretschischniroff*, 453. — Tumeurs malignes, *Rappin*, *Sheurlen*, *Schill*, *Ballance*, 452. — Thrombose, *Weigert*, *Eberth* et *Schimmelsbusch*, 454. — Artériosclérose, *Cohn*, *Thoma*, 455; *Franke*, 457; *Israël*, 459. — Thrombose cardiaque, *Maglia;* artérite typhique, *Rattone*. — Tuberculose du cœur, *Rochet*, 459. — Des reins, *Hanser;* rein diphtéritique, *Œrtel*, 460. — Utérus tuberculeux, *Cornil;* polymastie, *Neugebauer;* cancer des muscles, *Cristiani;* sarcome kystique du bassin, *Cornil*, 461. — Technique histologique, *Babès*, 462.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Lésions corticales du cerveau, *Ziehen;* nerfs trophiques, *Max*, 463. — Moelle épinière, *Homen*, 464. — Ligature du canal cholédoque, *Lahousse;* emphysème pulmonaire, *Klaesi*, 465. — Asphyxie, *Fredericq*, 466. — Naphthaline, *Magnus;* antagonisme des bactéries, *Garré*, 467; *Bonome*, 468. — Bactériologie, *Fodor*, *Kossiakoff*, *Trambusti* et *Maffucci*, *Manfredi*, *Babès*, *Arloing*, *Grawitz* et *Bary*, 469-471. — Microbes de l'endocardite, *Weichselbaum*, 472. — de l'érésipèle, *Guarneri;* du pus bleu, *Ledderhose*, 473. — Muguet, *Audry;* morve inoculée, *Cadéac* et *Malet*, 474; *Kitt*, 475. — Charbon, *Roux*, 475. — Tétanos, *Hochsinger*, *Bonome*, *Vanni*, *Giarre*, *Ohlmüller*, *Goldschmidt*, *Shakespeare*, *Nocard*, *Beumer*, *Peiper*, 476. — Fièvre de Malte, *Bruce*, 481.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Propriétés antiseptiques des essences, *Chamberland*, 482. — Des solutions d'argent, *Behring*, 482. — De l'iodoforme, *Jeffries*, 483. — De la saccharine, *Salkowski*, 483. — Spartéine, *Masius*, 484; scopoléine, *Marfori*, 484. — Ellébore, *Tschistowitsch;* thalline, *Ingria;* hypnone, *Pensato*, 485. — Antifébrine, *Wendriner*, *Herczel*, *Bokai*, 486. — Antipyrine, *Lahousse*, *Girard*, 487. — Hydrogène sulfuré, *Flint*, *Graner*, 487. — Salol, *Mossé et Hadjès*, 487. — Poisons gazeux, *Balky*, 488. — Intoxication par la strychnine, *Chouppe;* par l'hydrogène arsénié, *Immermann*, 488. — Toxicité du bismuth, *Dalché* et *Villejean*. — Empoisonnement par le mercure, *Braus*, 489; par le chromate de plomb, *Stewart;* par l'aniline, *Dehio*, 490; par le chlorate de potasse, *Bokai;* l'homatropine, *Ziem*, 491. — Toxicité des alcools supérieurs, *Laborde* et *Magnan*, 492.

THÉRAPEUTIQUE.

Strophantus hispidus, *Fraser*, *Bowditch*, *Pins*, *Haas*, *Lépine*, *Hochhaus*, *Paschkis*, *Zerner*, *Catillon*, *Buttin*, *Prevost*, *Gley*, *Cazaux*, *Dujardin-Beaumetz*, *Mairet*, *Sückling*, *Rovighi*, *Poulet*, 493. — Strophanthus, *Fränkel*, *Guttmann*, *Langgaard*, 497. — Bains froids et antipyrine dans la fièvre ty-

phoïde, *Bouveret*, *Clément*, *Leclerc*, *H. Mollière*, *Vinay*, *Weill* et *Chabannes*, 495.— Antifébrine, *Guttmann*, 502. — Traitement de la tuberculose par la chaux, *Freund;* par l'acide fluorhydrique, *Seiler*, *Garcin*, *Hérard*, 503. — Antisepsie intestinale, *Bouchard*, 503. — Injection parenchymateuse dans la malaria *de Renzi*, 504. — Traitement du diabète par le thymol, *Bufalini ;* par la médication opiacée belladonée, *Spillmann* et *Parisot*, 504. — Diphthérie, *Gaucher;* compression des nerfs, *Wide;* hygrophila spinosa, *Jahyesingha;* collinsonia canadensis, *Shœmaker*, 505.

HYGIÈNE.

Comité consultatif, 506. — Congrès international, 508. — Conseil d'hygiène, 511. — Vaccin animal, *Meyer*, *Remboldt*, *du Mesnil*, 511. — Etiologie de la diphtérie, *Teissier ;* mort par électricité, *d'Arsonval ;* saturnisme par les farines, *Bertrand* et *Ogier*, 514. — Argyrie des ouviers argentiers, *Lewin*. — Déformations par pression du squelette, *Arbuthnot Lane*, 515. — Colorants inoffensifs et toxiques, *Cazeneuve*, 516. — Infection des eaux par les tuyaux de poterie, *Russo Giliberti;* conserves à l'acide borique, *Liebreich*, 517.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Autointoxications, *Bouchard*, 518. — Pneumonies fibrineuse et infectieuse, *Caspar*, *Möllemann*, *Schütz*, *Neumann*, *Grasset*, *Chambard*, 519. — Gangrène pulmonaire, *Hensel;* sarcome du poumon, *Krönig*, 519. — Pleurésie, *Ehrlich*, *Bourdon*, *Rosenbach*, *Dunin*, *Lauth*, *Fräntzel*, *Keppler*, *Gaucher*, 523. — Cancer de la plèvre, *Dutil*, 524. — Tuberculose, *Eva*, *Gaucher*, *Nasse*, *Bergkammer*, *Jani*, *Fränkel*, *Heller*, *Hanau*, *Eberth*, *Ernst*, *Amann*, *Florand*, *Bauquel*, *Hanau*, *Hays*, 527. — Maladies du cœur, *Schott*, *Murri*, *Wyssokowitsch*, *Orth*, *Brieger*, *Pitt*, *Gehrardt*, *Fräntzel*, *Letulle*, *Krönig*, *Kolisko*, *Foubert*, *Bristowe*, *Spengler*, *Korczynski*, 531. — Angine de poitrine, *Gélineau*, 540. — Anévrysmes de l'aorte et de ses branches, *Sydney Philipp*, *Balp*, *Marchiafava*, *Pel*, 540. — Maladies de l'estomac, *Rosenbach*, *Fräntzel*, *Honigmann* et *Noorden*, *Cahn*, *Ewald*, *Wolff*, *von der Velden*, *Rosenthal*, *Rosenheim*, *Czyrnianski*, *Viti*, *Decker*, *Rasmussen*, *Bucquoy*, *Hacker*, *Pacanowski*, *Litten*, *Danlos*, *Duchon Doris*, *Gluzinski*, *Pusinelli*, *Formad*, 543. — Maladies de l'intestin, dysenterie, *Goldschmidt*, *Mya*, *Hippins*, *Kartulis*, *Virchow*, 553. — Maladies du foie, *Godlee*, *Kiener*, *Aufrecht*, *E. Wagner*, *Roth*, *Krönig*, *Le Gall*, *Polynère*, *Brousse*, *Watrin*, *Kiener* et *Engel*, *Gennaro de Luca*, *Alison*, *Sydney Philip*, *Pel*, 555. — Maladies des reins, *Labadie-Lagrave*, *Thomas*, *Petrone*, *Girode*, *Letzerich*, *Liégeois*, *Fleischer*, *Chauffard*, *Stewart*, *Posner*, *Leube*, *Thormählen*, *Lehsen*, *Petteruti*, *Lewin*, *Huber*, *Rossbach*, *Straus*, 560. — Diabète sucré, *Peiper*, *Vanni*, *Aubel*, *Dreyfous*, *Hœsslin*, *Hugonnenq*, *Lépine*, *Prévost* et *Binet*, *Stadelmann* et *Minkowsky*, *von Mering*, *Zaleski*, *Ebstein*, *Pollatschek*, *Thorion*, *Straus*, *Kisch*, *Brault* et *Galliard*, 568. — Fièvre typhoïde, *Beumer*, *Brouardel* et *Chantemesse*, *Dunant*, *Simon*, *Abrial*, *Salaün*, *Willaume*, *Merkel*, *Rutimeyer*, *Ebstein*, *Pel*, *Asta-Burugua*, 575; *Landouzy*, *Siredey*, 580; *Dewèvre*, 581. — Tænia, *Grassi*, 582.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Prolapsus utérin, *Cohn*, 582. — Gigantisme utérin, *Polaillon*, 583. — Laparotomie dans les abcès pelviens, *Terrillon*, 583. — Hématome des ligaments ronds, *Gottschalk;* lésions des trompes, *Orthmann*, 584. — Périnéoraphie, *Sänger;* fibrome utérin, *Skutsch;* tumeurs de l'ovaire, *Poupinel*, 585. — Hystérectomie et laparatomie, *Asch*, *Sonntag*, *Hunter*, 586. — Kystes parovariens, *Terrillon;* traitement du pédicule, *Dirner*, 587. —Microorganismes des organes génitaux, *Goenner;* grossesse et variole, *Engelström*, *Sangregorio*, 588. — Liquide amniotique, *Lomer;* antisepsie dans les maternités, *Budin*, *Charles*, 589. — Déchirures du périnée, *Torggler;* accouchement prématuré artificiel, *Löhlein*, 590 ; *Koppe*, 591. — Eclampsie, *King*, 591. — Placenta prœvia, *Trush*, 592. — Tamponnement utérin, *Duhrsenn*, 593. — Rupture du vagin, *Duhrsenn;* Atrésie du vagin, *Kessler*, 594. — Prophylaxie de la fièvre puerpérale, *Léopold*, 595. — Viburnum prunifolium en obstétrique, *Monclar;* injections de sublimé, *Bordes*, 596.

DERMATOLOGIE.

Erythème polymorphe, *Haushalter;* dermatites artificielles, *White*, *Mac Guire*, 597. — Ulcère phagédénique, *Petit;* bouton d'Alep, *Riehl*, 597. — Pityriasis rubra, *Elsenberg;* herpès digital, *Blaschko*, 598. — Mycosis fongoïde, *de Amicis*. — Affections maculeuses de la langue, *Winternitz;* catochéilite, *Tommasoli*, 599. — Lésions de la langue, *Leloir*, *Schech*, *Bénard*, 600.— Psoriasis, *Haslund;* hydroa, *Elliot*, 601. — Séborrhée, *Unna*, 602. — Méladermie congénitale, *Variot;* sarcomes cutanés, *Mouret;* lichen ruber, *Bender*, 603. — Lupus, *Doutrelepont*, *Bidault*, *Mibelli*, 604. — Lèpre, *Weisser*, *Chassiotis*, *Besnier*, 605. — Favus, *Quincke*, 606.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Inoculation de la syphilis, *Mossé;* bactériologie de la syphilis, *Doutrelepont*, 607. —Syphilis et rachitisme, *Cazin;* syphilis et carcinome, *Doutrelepont*, 608.— Lésions dentaires, *Cholokendow*. — Lésions nerveuses, *Le Roy*, *Kahler*, *Leudet*, 609. — Syphilis anormale, *Hallopeau;* angine de poitrine syphilitique, *Hallopeau*, 610. — Syphilis trachéale, *Fränkel;* syphilis du nez et des fosses nasales, *Horand*, *Dupond*, *Moure*, *Morel-Lavallée*, *Laurent*, 611. — Myosite syphilitique, *Neumann*, *Bosma;* vitiligo syphilitique, *Pölchen;* excision du chancre syphilitique, *Tarnowsky*, 613. — Injections hypodermiques de calomel, *Reinhardt*, *Petersen*, *Kuhn*, *Rosenthal*, *Ledermann*, *Dehio*, *Welander*, *Zeissl*, *Le Roy*, 614. — Gonocoques, *Lober*, *Legrain*, 617. — Blennorragie mortelle, *Post;* latente, *Nöggerath*, 618.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Poids de la calotte crânienne des aliénés, *Peli;* fonction urinaire des aliénés, *Birt*, 619. — Digestion des mélancoliques, *von Noorden*, 620. — Troubles de la motilité dans les psychoses, *Freusberg;* troubles simulant des lésions cérébrales à foyer, *Thomsen*, 621. — Paralysie générale, *Bordes-*

Pagès, *Moeli*, 622. — Hyperplasie de l'écorce cérébrale, *Otto*, 623. — Démence postu-fébrile, *Emminghaus*, 624. — Hallucinations de l'ouïe, *Fischer ;* othématome, *Combemale ;* idiotie, *Bernardini*, 625. — Hypnotisme chez les aliénés, *Forel*, *Burckhardt*, *Rottenbiller*, *Tereg*, 626. — Paralysie agitante, *Huber ;* épilepsie, *Berbez*, *Lemoine*, 627. — Névrite alcoolique, *Déjerine ;* ergotisme, *Tuczeck*, 628.

MÉDECINE LÉGALE.

Docimasie gastro-intestinale, *Ungar*, 629. — Sidérose pulmonaire, *Zaleski*, 630.— Pendaison, *Terrien*, *Bourneville*, *Pellereau*, 632. — Infanticide, *Schiller*, *Schrœder*, 633. — Blessures du crâne et pneumonie, *Rochs*, 634. — Hémorragies du pancréas, *Reubold ;* épanchements sanguins, *Anrep* et *Obolonsky*, 635.— Encéphalite traumatique, *Schmidt*, 636. — Hymen biperforé, *Demange*. — Signes de la mort, *Valude*, *Russo-Giliberti*, 636. — Recherches de la colchicine, *Obolonsky*, 637.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Opérations sur le corps thyroïde, *Hahn*, *Hofstelter*, *Lejars*, *Baumgärtner*, *Dubrueil*, 638. — Œsophagotomie et gastrostomie, *May*, *Leyden*, *Renvers*, *Berneys*, *Nichans*, *Sonnenburg*, *Schramm*, *Langenbuch*, 641. — Tumeurs de l'abdomen, *Sébileau*, *Hahn*, *Fütterer* et *Middeldorpf*, *Bouilly*, *Villar*, *Küster*, *Murphy*, 644. — Péritonite et laparotomie, *Barwell*, *Clarke*, *Knaggs*, *Truc*, *Ceppi*, *Lücke*, *Czerny*, *Spaeth*, *Camus*, *Hahn*, *Küster*, 648. — Hernies, *Frank*, *Emmert*, *Beely*, *Deipser*, *Flatten*, *d'Ajutolo*, *Otto*, *Carson*, *Tuffier*, *Arx*, *Guillet*, *Broca*, *Mérigot de Treigny*, *Hebner*, *Sachs*, *Barth*, *Galdwell*, *Roser*, *Kaufmann*, 654. — Hernies, *Boiffin*, *Sachs*, *V. Walsem*, *Hænel*, *Gubaroff*, *Kümmel*, 662. — Traitement chirurgical des occlusions intestinales, *Credé*, *Barker*, *Pitts*, *Verneuil*, *Allingham*, *Rydygier*, *Madelung*, *Rehn*, *Hirschberg*, *Knaggs*, *Williamson*, *Buchwald*, *Lenhartz*, 666. — Fistules et cancer de l'estomac et du rectum, *Feulard*, *Jeannel*, *Tuffier*, *Grenet*, *Bardenheuer*, *Kraske*, *Kirchkoff*, *Lange*, *Quénu*, *Geffrath*, 673. — Urétérites et pyélites, *Hallé*, *Clado*, *Müller*, *Warkalla*, *Poggi*, 683. — Maladies de la vessie, *Passavant*, *Tredelenburg*, *Zesas*, *Horowitz*, *Rœrig*, *Dennis*, *Packard*, *Hartmann*, *Gay*, *Reverdin*, *Mejia*, *Clado*, *Nourric*, *Engelbach*, *Guiard*, *Brenner*, *Ullmann*, *Clado*, *Budor*, *Pousson*, *Cauchois*, 685. — Maladies de l'urètre, *Klotz*, *Heusner*, *Engstrom*, *Desnos*, *Adams*, 694. — Hydrocèle et affections du testicule, *Bazy*, *Baillet*, *Thiéry*, *Marti*, *Polaillon*, *Leroud*, *Reclus*, *Miller*, *Monod* et *Arthaud*, *Belfield*, *Poncet*, *Condamin*, *Neumann*, 696. — Pansement des plaies, *Tripier*, 698. — Le diabète au point de vue chirurgical, *Reynier*, *König*, 699. — Macroglossie, *Fehleisen*. — Cicatrices de la main, *Juengst*, 700. — Greffe animale, *Estorc;* tuberculose buccale, *Delavan ;* plaie de la moelle, *Vincent*, 701. — Cancer de l'os temporal, *Kretschmann ;* plaies des tendons, *Witzel*, *Monod*, 702.

REVUE GÉNÉRALE.

Ptomaïnes et leucomaïnes, *Roussy*, 704.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 737.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Beitrage zur Kenntniss des Baus der Nervenfasern (Contribution à l'étude de la structure des fibres nerveuses), par SCHIEFFERDECKER (*Arch. f. mik. Anat., Band XXX, Heft* 3, *p.* 435-493).

Les recherches de Key et Retzius, Kuhnt, Boveri, Pertik ont soulevé, à propos de la structure des fibres nerveuses, une série de questions qui sont loin d'être résolues. Schiefferdecker reprend toute cette étude à l'aide des méthodes les plus perfectionnées, et envisage successivement la gaine de myéline, la membrane de Schwann et enfin le cylindre-axe.

1° Contrairement à Boveri qui admet deux catégories de nerfs, des nerfs segmentés et des nerfs non segmentés, Schiefferdecker adopte l'ancienne nomenclature de nerfs à myéline et nerfs sans myéline. Partout où il y a une gaine de myéline, dans les nerfs périphériques aussi bien que dans les organes centraux, cette gaine se montre interrompue, d'une part par les étranglements annulaires de Ranvier, et d'autre part par les incisures de Lantermann. Ces solutions de continuité intéressent toujours toute l'épaisseur de l'enveloppe de myéline, et elles existent à l'état vivant. Elles sont remplies complètement par une substance qui se gonfle dans l'eau et qui, sous l'influence de certains réactifs fixateurs ou durcissants, prend la forme des espaces qu'elle comble et donne naissance aux formations connues sous le nom de « disque intermédiaire » (qui sépare les segments interannulaires) et de « entonnoirs intermédiaires ». Les liquides pénètrent facilement au niveau des entonnoirs et surtout des disques, et c'est par là que se fait la nutrition du cylindre-axe. Enfin la gaine médullaire n'a pas de noyaux propres.

2° La gaine de Schwann n'existe que sur les nerfs périphériques pourvus ou non de myéline ; les nerfs centraux sont plongés directement dans la substance de soutien. Elle représente un tube homogène, moulé sur le nerf et dont les parois sont également épaisses partout. Elle est continue, malgré les affirmations de Boveri, et ne présente que de très légers rétrécissements au niveau des étranglements annulaires.

3° Le cylindre-axe est ininterrompu aussi, sur toute la longueur de la

fibre nerveuse. Il se compose de deux parties : une zone périphérique ou écorce, résistante, élastique et très mince, et une zone interne, centrale, qui est molle et fluide. En outre, il existe autour du cylindre-axe un espace, l'espace péri-axial, qui, sous l'influence des réactifs qui ratatinent le cylindre-axe, s'élargit considérablement. En somme, le cylindre-axe n'a pas de gaine particulière, et celles qu'on a décrites autour de lui sont le résultat de la stratification de la gaine médullaire. L'enveloppe protoplasmique signalée par Ranvier n'existe pas non plus. Finalement l'auteur rejette la théorie de Ranvier et celle de Boveri relatives à la formation et à la constitution de l'enveloppe de myéline et à la signification des noyaux de la gaine de Schwann. A. NICOLAS.

Étude sur la constitution cellulaire de la fibre nerveuse, par L. GEDOELST (*La Cellule, Recueil belge de cytologie, t. III,* 1er *fasc., p.* 117-212).

Gedoelst étudie successivement le réticulum de névrokératine, qui a été décrit par Ewald et Kühne dans la gaine de la fibre nerveuse, et le réseau que Lantermann a entrevu dans l'enveloppe de myéline. De ses nombreuses observations pratiquées sur un grand nombre d'animaux, il conclut que le réseau de névrokératine est identique au réseau de Lantermann et que, par conséquent, les dispositions observées par les auteurs cités répondent à une structure unique de la gaine médullaire. Ce réseau est préformé et ne résulte pas de l'action des réactifs sur la myéline. Lorsqu'on l'observe au moyen de la méthode classique de l'éther et de l'alcool, on peut constater qu'il diffère d'aspect non seulement suivant les animaux, mais encore sur un même animal et sur un même nerf, suivant les fibres que l'on examine. On voit en outre qu'il existe dans toute la longueur d'un même segment interannulaire et qu'il n'est interrompu qu'au niveau des étranglements de Ranvier.

Relativement à la nature de ce réticulum, Gedoelst montre qu'il est de nature plastinienne, formé d'une substance congénère de la plastine de Reinke. L'organisation du segment interannulaire de la fibre nerveuse possède donc les caractères essentiels à toute cellule tant animale que végétale : un réticulum avec une substance incluse dans ses mailles. Dans le cas particulier, cette substance incluse est la myéline. Grâce à l'emploi des digestions artificielles, pepsiniques et pancréatiques, l'auteur arrive à montrer que la myéline est un mélange, au moins de deux substances : la lécithine et la cérébrine. La lécithine imprègne les travées du réseau, tandis que la cérébrine en occupe les mailles.

On trouvera en outre dans ce mémoire, outre un historique extrêmement complet, des détails des plus intéressants sur la nature chimique des réseaux cellulaires en général et de celui de la fibre nerveuse en particulier, sur la différenciation chimique des cellules, et enfin sur la myéline, sur sa composition et sur sa manière d'être. A. NICOLAS.

Sur les grains ou boutons des terminaisons dites en grappe des nerfs moteurs, par Ch. ROUGET (*Compte rend. Acad. des sciences,* 18 *juillet* 1887).

On a décrit, dans les muscles des reptiles, des terminaisons nerveuses en grappe, dans lesquelles les dernières ramifications du cylindre-axe se termineraient par de simples renflements punctiformes, dits grains ou

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

boutons. Or, par l'action de l'acide chlorhydrique en dilution à 1/100 d'eau, l'auteur a constaté que ces grains représentent des enroulements multiples, des espèces de glomérules nerveux minuscules du filament terminal, ou parfois, plus simplement, des boucles ou anses tordues sur elles-mêmes. Nulle part on ne rencontre une véritable extrémité libre. Ici, comme partout, la partie fondamentale d'une terminaison musculaire apparaît donc, dit l'auteur, sous la forme d'anses ou arcades terminales, caractère commun aux terminaisons en grappe, aux plaques motrices, aussi bien qu'à la lame nerveuse des plaques électriques des torpilles.

M. D.

Ueber ein gezetzmässiges anatomisches Verhalten... (Composition régulière des racines médullaires, à diverses hauteurs), par SIEMERLING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 536, 18 *juillet* 1887).

L'examen systématique de coupes transversales de toutes les racines médullaires, étudiées sur 4 cadavres d'hommes de 35 à 60 ans, a conduit Siemerling à reconnaître qu'une loi préside à la composition fibrillaire de ces racines :

1° Les racines antérieures de la moelle cervicale et de la moelle lombaire sont caractérisées par la prédominance constante de fibres nerveuses, grosses et larges, ayant un diamètre transversal de $0^{mm}018$ à $0^{mm}02$. Quelques-unes d'entre elles ne mesurent que $0^{mm}013$, et, de loin en loin, on en rencontre de très fines n'ayant que $0^{mm}004$.

Cette richesse des racines antérieures, dans les portions cervicale et lombaire, en fibres larges, permet de les distinguer de toutes les autres racines médullaires.

2° Les racines postérieures de la moelle cervicale et de la moelle lombaire contiennent, en plus grand nombre, des fibres nerveuses fines; elles sont isolées ou réunies en petits groupes.

3° Les racines de la moelle dorsale renferment un très grand nombre de petites fibres qui, groupées en faisceaux assez volumineux, s'insinuent entre les fibres larges.

4° Les racines supérieures de la moelle sacrée présentent la même disposition que celles de la moelle lombaire. Mais, à partir de la 3e sacrée, leur texture se rapproche de celle des racines dorsales.

Cette régularité de la répartition des petites et des grosses fibres donne le moyen, sur des coupes transversales bien faites, de reconnaître d'une façon certaine à quelle région radiculaire elles appartiennent. J. B.

Note on the newly described tracts in the spinal cord (Des faisceaux nerveux récemment décrits dans la moelle), par Ch. SHERRINGTON (*Brain*, *p.* 342, *octobre* 1886).

Le point le plus intéressant de cette communication est la description du faisceau de Lissauer. On nomme ainsi une bandelette de fibres nerveuses situées à la jonction des cordons latéraux et des cordons postérieurs. D'après l'auteur, elle serait constituée par les radicules provenant des racines postérieures ou sensitives, des nerfs spinaux. Cette bandelette est fréquemment atteinte dans le tabes dorsal.

L'examen embryogénique de la moelle confirme l'existence de ce faisceau indépendant.

H. R.

Recherches anatomo-physiologiques sur le ganglion ophtalmique (partie anatomique), par **JEGOROW** (*Archives slaves de biologie, t. II, p.* 376 *et t. III, p.* 50).

La partie anatomique de ce travail comprend une étude du ganglion ophtalmique chez le chien, le chat, l'ours, le veau, le lapin, la souris, chez quelques oiseaux, reptiles, poissons.

Chez tous ces animaux, l'existence du ganglion opthalmique est constante, et, chez tous aussi, il y a certaines relations entre le ganglion et quelques nerfs de l'orbite, relations qui se manifestent par la part que chacun de ces nerfs prend à sa formation, à l'aide d'anastomoses.

L'une des anastomoses les plus constantes est celle qui relie le ganglion au nerf moteur oculaire commun. Elle affecte des formes très variables ; tantôt c'est une branche indépendante, d'une longueur plus ou moins considérable, mais toujours bien isolée; tantôt au contraire l'anastomose se manifeste par une adhérence complète du ganglion ophtalmique et même par sa pénétration dans le tronc du nerf moteur oculaire. Entre ces deux formes extrêmes, il y a toutes les transitions que l'on peut observer chez telle ou telle espèce animale.

L'anastomose du ganglion avec le nerf trijumeau est également très constante, mais elle n'est pas toujours aussi simple que la précédente : ainsi chez un grand nombre d'animaux (chat, chien, oiseaux), les fibres du trijumeau n'arrivent point au ganglion en formant une branche indépendante (racine sensitive), mais elles suivent, sur une partie ou sur la totalité de leur trajet, l'un des nerfs qui entrent ou qui sortent du ganglion. Ainsi elles pourront pénétrer dans le ganglion en se rattachant au tronc du nerf moteur oculaire commun, ou bien elles se relient à l'un des nerfs ciliaires émanés du ganglion, et abordent celui-ci en marchant par conséquent de la périphérie vers le centre.

Les rapports du ganglion avec le nerf sympathique paraissent obscurs dans la majorité des cas, et l'anastomose directe, par un rameau indépendant, est assez rare. Cependant, il existe des filets nerveux qui vont du ganglion aux parois des vaisseaux sanguins voisins. Sont-ce là des branches afférentes ou efférentes du ganglion? L'auteur penche plutôt pour la seconde hypothèse et tend à admettre la participation du sympathique à la formation du ganglion par l'intermédiaire de fibres qui suivent le tronc du moteur oculaire et du trijumeau et le pénètrent ensuite avec la racine longue et la racine courte.

Jegorow étudie ensuite les ganglions secondaires ou complémentaires, plus ou moins volumineux, que l'on rencontre le plus souvent à l'endroit où les nerfs ciliaires courts s'anastomosent avec les fibres du nerf naso-ciliaire et la portion inférieure du tronc du moteur oculaire.

L'étude histologique est l'objet de longs développements ; et, pour terminer, en se basant sur l'observation microscopique, sur les réactions micro-chimiques et finalement sur quelques expériences physiologiques, l'auteur cherche à résoudre la question de savoir s'il faut rattacher le ganglion ophtalmique au système sympathique, au nerf trijumeau, ou en faire un ganglion cérébro-spinal dont la paire nerveuse se trouve représentée par l'oculo-moteur (Schwalbe.) La conclusion de ces re-

cherches est que le ganglion ophtalmique est un ganglion cérébro-spinal, mais il est muni de deux racines, l'une sensitive (trijumeau), l'autre motrice (oculo-moteur). A. NICOLAS.

I. — Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf der Nervus acusticus des Kaninchens (Origine et trajet central du nerf acoustique du lapin), par Benno BAGINSKY (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CV*, *Heft* 1, *p.* 28).

II. — Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Acusticus (Origine et trajet central du nerf auditif), par von MONAKOW (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, *n°* 5, *p.* 145, 1er *mars* 1887).

I. — Baginsky, chez des lapins nouveau-nés, va détruire la caisse du tympan et le labyrinthe, d'un côté, par la paroi parotidienne de la caisse, au lieu de tenter cette destruction par le conduit auditif. Les lapins meurent au bout de quelques semaines, et il étudie la localisation des lésions atrophiques produites. Il constate, outre l'atrophie des noyaux d'origine de l'acoustique, une atrophie de l'olive supérieure du même côté qui serait mise en relation avec la racine postérieure de l'acoustique par le corps trapézoïde. Il observe en outre de l'atrophie dans les régions auditives de l'écorce cérébrale du côté opposé. Il admet que les faisceaux de l'acoustique (racines postérieures) s'entrecroisent au-dessus du bulbe, traversent la protubérance, décrivent une sorte de genou dans les éminences nates, se portent en dehors dans les corps genouillés internes et, passant en dehors des couches optiques, vont se rendre dans les régions auditives de l'écorce du lobe temporal. Ce trajet rappellerait beaucoup celui du nerf optique qui traverse les éminences et les corps genouillés externes. P. GALLOIS.

II. — Von Monakow a trouvé que l'ablation d'un lobe temporal (sphère auditive et région auriculaire), chez un chat qui survécut 6 mois à l'opération, entraîne une atrophie considérable du corps genouillé interne et modérée du tractus qui le relie au tubercule quadrijumeau postérieur du côté opéré, tandis que le corps genouillé externe et la couche optique offrent des altérations à peine sensibles. Le tubercule quadrijumeau postérieur même était peut-être un peu plus petit que celui du côté non opéré. Quant aux stries acoustiques, aux fibres du feuillet profond du faisceau de Reil et aux olives supérieures, elles étaient pareilles des deux côtés et ne différaient guère de celles des animaux non opérés. La racine postérieure du nerf auditif semblait être un peu plus volumineuse du côté opéré, mais c'était peu marqué.

Ces résultats concordent avec ceux des expériences antérieures sur les lapins (*Archiv. f. Psychiatrie*, *XII.*) On peut en conclure que l'ablation de la sphère auditive et de la région auriculaire ne permet pas de découvrir des relations entre le cerveau et le nerf auditif.

En revanche, chez un chat qui, le jour de sa naissance, subit, outre l'ablation de certaines portions du lobe temporo-occipital droit, celle du feuillet profond du faisceau de Reil droit dans la région où le nerf trijumeau émerge du tubercule quadrijumeau postérieur, Monakow a remarqué une atrophie considérable du segment antérieur de l'olive supérieure et de la substance blanche qui l'enveloppe du côté droit. Cette atrophie dépassait le raphé pour se continuer dans les stries acoustiques

du côté opposé et s'étendait jusque dans le tubercule acoustique. Au sein de ce dernier, l'altération était localisée dans les deux couches supérieures, surtout dans l'interne où l'on ne distinguait plus ces grosses cellules ganglionnaires allongées, décrites par Forel et Omfrowicz. Le noyau antérieur du nerf auditif était presque aussi volumineux que du côté opéré, mais la racine postérieure était un peu moins considérable qu'à droite.

En réunissant les résultats expérimentaux de Forel et Omfrowicz, avec ceux de Baginsky et avec les siens propres, Monakow est disposé à regarles stries acoustiques comme des faisceaux secondaires d'entrecroisement du nerf auditif, comme une sorte de chiasma auditif, et la région du feuillet profond du faisceau de Reil comme celle par laquelle une grande partie des fibres du nerf auditif se rend au cerveau. La substance blanche dorsale de l'olive supérieure et une portion des fibres du feuillet profond du faisceau de Reil formeraient ainsi la continuation croisée des stries acoustiques provenant principalement des couches superficielles du tubercule acoustique, lesquelles longeant le corps restiforme et traversant le noyau de Deiters se séparent et franchissent le raphé comme fibres armées.

Donc, contrairement au nerf optique, le trajet du nerf auditif pour se rendre au cerveau est, très vraisemblablement, interrompu au moins deux fois par des amas de cellules ganglionnaires, de sorte qu'on pourrait parler non seulement des faisceaux primitifs et secondaires du nerf auditif, mais encore des faisceaux tertiaires, ces derniers étant représentés par les fibres de projection dans le cerveau du corps genouillé interne et du tubercule quadrijumeau postérieur. J. B.

Delle condizioni anatomiche del cuore e contributo alla istogenesi delle cellule muscolari cardiache, par G. CHIARUGI (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, vol. IV,* 1887).

L'auteur a observé des pulsations chez des embryons (poulet) qui n'avaient pas atteint la première moitié du 2e jour ; maximum 33 heures. Le nombre des pulsations était de 60 à la première minute et en général le rythme était très régulier. Les plus petits embryons chez lesquels le cœur battait avaient 37 millimètres de longueur, avec 10 protovertèbres et le tube médullaire largement ouvert. Quand le cœur est en pleine activité fonctionnelle, la fusion des deux tubes endothéliaux qui limitent la cavité des deux segments primitifs peut n'être pas effectuée, mais, une cloison continue, verticale, peut séparer encore les deux cavités. Il y a, à ce moment, deux circulations, l'une droite et l'autre gauche.

En somme la fonction du cœur commence, alors que cet organe n'est pas complètement formé ; elle n'est pas en rapport avec un stade déterminé du développement.

Il s'agissait alors, en étudiant l'histogenèse, de déterminer dans quelles conditions se trouvent les parois du cœur. Le développement des cellules cardiaques n'est pas identique dans tous les endroits. Au début de la fonction, dans la deuxième moitié du deuxième jour, elles ont une forme arrondie, mais bientôt elles deviennent irrégulières, quadrilatères; puis elles s'allongent suivant leur diamètre parallèle au grand axe du cœur et s'effilent. Tout d'abord elles s'anastomosent entre elles par des prolongements grêles, mais elles tendent bientôt à devenir indépendantes

et finalement se séparent vers la fin du troisième ou quatrième jour. Mais alors elles contractent de nouveaux rapports et se soudent secondairement. La constitution intime de ces cellules cardiaques commence à se modifier vers la fin du deuxième jour et l'on peut dire, en règle générale, que la striation transversale a fait son apparition dans la première moitié du troisième jour, à peu près 24 heures après que le cœur a commencé à se contracter.

Relativement à la multiplication des éléments cardiaques, Chiarugi décrit les différents stades karyokinétiques dont ils sont le siège, mais, en outre, il signale des images qui peuvent être rapportées à l'un ou à l'autre des processus de la division ou mieux à la fragmentation et dont la succession est la suivante : 1° cellule au repos avec noyau à filament chromatique pelotonné petit; 2° le peloton chromatique devient plus volumineux; 3° le peloton se dédouble en deux masses unies par des filaments achromatiques ; 4° division du noyau ; 5° division du corps cellulaire. Ce mode de division diffère essentiellement de la karyokinèse par ce fait que la membrane nucléaire subsiste pendant toute sa durée et que le noyau conserve son individualité. En outre, il se comporte, au point de vue des réactifs colorants, comme un élément au repos.

A. NICOLAS.

Untersuchungen über die Vena saphena magna (Rocherches sur la grande veine saphène de l'homme, particulièrement au point de vue de la disposition de ses valvules), par KLOTZ (*Archiv für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2 *et* 3, 1887).

L'auteur a cherché à reconnaître la situation des valvules de la grande veine saphène et de ses affluents. Injectant à cet effet de l'eau dans cette veine et ses branches dans le sens opposé au courant veineux, il constatait que la veine se gonflait dans une certaine étendue jusqu'en un point où la présence d'une valvule s'opposait au passage de l'eau ; il notait alors la position de cette valvule, faisait en amont d'elle une seconde injection, trouvait une seconde valvule, et ainsi de suite.

La grande saphène naît de la branche interne de l'arcade dorsale du pied; mais, dans certains cas, la petite saphène tirant son origine de ce point même, le calibre de la grande saphène se trouve considérablement réduit. Le tronc de la grande saphène est, sur une étendue plus ou moins grande, double ; il en résulte ce qu'on nomme des formations insulaires ; une telle formation est à peu près constante au niveau du genou où les deux bras entourent le condyle interne du fémur. La grande saphène est unie à la petite par des branches transversales ou même directement de tronc à tronc. Ses anastomoses avec les veines profondes sont nombreuses.

Les valvules se trouvent jusque dans des veinules de 1 millimètre de calibre ; elles y sont rares. Celles de la grande saphène sont situées d'habitude en amont de l'embouchure d'un affluent, qui lui-même en possède une avant son confluent. Les valvules des anastomoses entre la saphène et les veines profondes ne s'ouvrent pas toutes pour un courant allant de la surface à la profondeur ; il en est où le cours du sang n'est possible que dans le sens inverse ; il y a des branches anastomotiques enfin qui, manquant de valvules, sont neutres et se laissent traverser

aussi bien dans une direction que dans l'autre. A la cuisse, la veine contient moins de valvules qu'au niveau de la jambe.

L'auteur a compté les valvules sur 10 cadavres, dont 3 nouveau-nés et un fœtus, les autres appartenant à des sujets de 25 à 70 ans. Chez les nouveau-nés et fœtus, il n'y avait pas une seule valvule ratatinée ; à 25 ans, il y en a déjà 5 sur un total de 30 valvules ; à 54 ans, 12 sur 30 ; à 70 ans, 26 sur 32. Le nombre des valvules capables de fonctionner diminue donc avec l'âge ; il est à remarquer que la dégénérescence sénile généralisée, qui frappe les veines comme les autres organes, ne rend guère compte de la diminution, dans le nombre des valvules actives, déjà observée à l'âge de 25 ans. A. PRENANT.

Zur Bildungsgeschichte der Lungen beim menschlichen Embryo (Sur le développement des poumons chez l'embryon humain), par HIS (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2-3, 1887).

Ce travail a surtout pour résultat de confirmer par l'embryologie les données que Aeby a obtenues par une autre méthode, celle de l'anatomie comparée.

L'ébauche pulmonaire est impaire, obliquement située et asymétrique, à cause de la présence du vestibule cardiaque, qui la dévie à droite. En même temps que s'individualise l'ébauche pulmonaire, en se séparant de bas en haut de l'œsophage qui l'a produite, s'opère sa bifurcation. Les deux branches de l'ébauche, dès lors bifide, sont constituées bientôt chacune d'une portion initiale étroite, la bronche principale, et d'une portion terminale dilatée, le sac pulmonaire primaire. La bronche principale (Stammbronchus d'Aeby) se ramifie d'abord suivant le mode monopodique, en donnant des bourgeons latéraux, qui sont le début des bronches latérales et sont au nombre de trois pour le poumon droit, de deux pour le poumon gauche. Le bourgeon supérieur fait défaut au poumon gauche. Ce bourgeon supérieur doit être distingué des autres, dont il diffère essentiellement par d'importants rapports anatomiques ; il est, en effet, situé au-dessus de l'artère, et représente une « bronche épartérielle », suivant l'expression d'Aeby, tandis que les bourgeons moyen et inférieur des ébauches pulmonaires droite et gauche sont placés au-dessous du vaisseau, et peuvent être désignés du nom de « bronches hypartérielles ». Dès lors, les cinq bourgeons primaires ainsi constitués sur les deux bronches principales par voie monopodique se ramifient dichotomiquement pour donner naissance à toute l'arborisation bronchique.

Chez un embryon plus âgé, les dispositions sont les suivantes : à droite, l'étage supérieur est représenté par la bronche épartérielle, divisée en deux branches dorsale et ventrale, subdivisées chacune en deux rameaux ; l'étage moyen est fourni par une bronche à direction ventrale, divisée en une branche externe et une antérieure, bifurquées à leur tour ; l'étage inférieur comprend : une 1re bronche dorsale bifide, une 2me bronche ventrale bifurquée, une 2me dorsale, une 3me ventrale, et la terminaison même de la bronche principale. A gauche, on ne trouve pas l'homologue de la bronche épartérielle du côté droit, par suite, pas d'étage supérieur, mais une branche bronchique émise par la 1re bronche ventrale qui, de même qu'à droite, alimente l'étage moyen ; cette branche

ascendante, venue de la 1re ventrale, arrive à égaler en importance la bronche épartérielle droite, dont elle diffère absolument par son mode d'origine. Les expressions de bronches dorsale et ventrale, employées par His, ont trait à la direction que prennent les conduits bronchiques branchés sur la bronche principale. His, en effet, a retrouvé la disposition indiquée par Aeby, d'après laquelle les bronches secondaires se disposent, de chaque côté, en deux séries, l'une dorsale, l'autre ventrale. Enfin, l'auteur reconnaît l'existence d'une bronche spéciale, « bronche cardiaque », déjà signalée par Aeby, et qu'il voit naître directement sur la bronche principale du côté droit.

A. PRENANT.

Bemerkungen über den Bau der Bindehaut (Remarques sur la structure de la conjonctive), par ZALUSKOWSKI (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXX*, *Heft* 2, 1887).

On a beaucoup discuté sur la question de savoir s'il existe ou non, dans la conjonctive de l'homme, des glandes tubuleuses, ou si les glandes de la conjonctive ne sont pas représentées par de simples fossettes et des sillons, tels que plusieurs auteurs en ont décrits. Zaluskowski trouve à la fois les deux formations, et admet qu'elles peuvent se substituer dans une certaine mesure, parce qu'il trouve les glandes peu nombreuses là où les sillons sont très développés, et inversement. Ces glandes sont des glandes muqueuses ; elles renferment des cellules caliciformes.

L'épithélium superficiel de la conjonctive est partout, avec quelques modifications dans la constitution de ses couches profondes, un épithélium plat stratifié ; et cela même sur la conjonctive bulbaire, où Volfring lui avait décrit une couche superficielle de cellules cylindriques.

Quant aux follicules lymphatiques de la conjonctive, ou glandes trachomateuses de Henle, l'auteur en fait des formations pathologiques et certainement acquises ; car on ne les trouve pas chez les nouveau-nés, non plus que chez les jeunes animaux ; ces follicules, d'ailleurs, n'étant pas chez l'homme nettement délimités, ne méritent pas leur nom ; il ne s'agit ici que d'une infiltration lymphoïde diffuse.

Enfin, l'auteur signale l'existence, surtout entre les fibres du muscle de Müller, de « cellules plasmatiques granuleuses », sur la nature desquelles il ne se prononce pas, disant seulement que ce ne sont pas des leucocytes.

Un historique détaillé de la question accompagne le travail.

A. PRENANT.

Sur la structure et la signification morphologique du corps vitré, par Edmond HACHE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *juillet* 1887).

Par fixation à l'aide de l'acide osmique, le corps vitré se montre constitué par un nombre considérable de lames connectives anastomosées les unes avec les autres, ne limitant pas d'alvéoles, mais jouissant à un très haut degré de la propriété de s'imbiber de liquide et de se gonfler au point de se juxtaposer exactement de manière à perdre, pour ainsi dire, leur individualité et à former un tout homogène. Cette structure lamelleuse rappelle celle des gaines nerveuses ; de sorte qu'au point de

vue morphologique, le corps vitré peut être considéré comme une gaine lamelleuse modifiée annexée à la lame interne de la vésicule optique secondaire, de même que la choroïde doit être regardée comme la gaine de la lame externe de cette vésicule. Aussi ces deux gaines ont-elles la même origine embryonnaire et un rôle identique pendant le développement de l'organe visuel. Les modifications qui surviennent, après la période embryonnaire, dans la gaine de la lame interne, consistent principalement dans la disparition des vaisseaux et des éléments cellulaires, et l'apparition de l'hygrométricité des lames connectives, d'où la transparence du corps vitré. M. DUVAL.

Sur la formation cloisonnante (substance trabéculaire) du cartilage hyalin fœtal, par J. RENAUT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 23 *mai* 1887).

Sur du cartilage hyalin fœtal, fixé par les vapeurs osmiques dans une atmosphère humide, les coupes minces, examinées dans la glycérine, ne montrent pas une substance fondamentale homogène, mais on la voit parcourue par une sorte de réseau qui semble, au premier abord, formé de fibres réfringentes que l'éosine hématoxylique teint en rouge brun. Sous un fort grossissement, on reconnaît que les traits du réseau ne correspondent ni à des canaux ni à des fibres, mais bien à un système de nappes cloisonnant dans tous les sens la substance fondamentale. Ce résultat, qui n'est obtenu que par le mode de préparation sus-indiqué, répond sans doute à ce que, pendant la vie, les deux substances (substance hyaline proprement dite et substance trabéculaire) ont le même indice de réfraction, les mêmes réactions histochimiques générales, mais que la substance trabéculaire a la propriété de perdre plus rapidement que l'hyaline son eau de composition quand le cartilage est soumis à une demi dessiccation très lente ; elle devient alors plus réfringente, et, fixée dans cet état par l'osmium, apparaît avec sa disposition cloisonnante. Il n'y a donc, en définitive, dans ce cartilage, ni fibres propres, ni canaux du suc, mais seulement une substance différenciée au sein de la substance hyaline primitive. M. DUVAL.

Beiträge zur Morphologie der Schilddrüse (Sur la morphologie du corps thyroïde), par A. STRECKEISEN (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIII*, *Heft* 1, *p.* 131, *et Heft* 2, *p.* 215).

L'auteur fait une étude détaillée de la région thyroïdienne. Au sujet du corps thyroïde, il s'occupe en particulier de la pyramide de Lalouette et des vaisseaux. En dehors de cet organe, il décrit avec grand soin les glandules qui avoisinent l'os hyoïde, leur épithélium et les kystes qui en dérivent. Il admet que tout le système glandulaire de la région préthyroïdienne est produit par une invagination partie de la langue. Le foramen cœcum serait l'orifice oblitéré du canal invaginé, les glandes sushyoïdienne seraient des acini devenus indépendants ; la pyramide de Lalouette marquerait la direction du canal disparu ; le corps thyroïde serait la glande elle-même complètement développée. Le sommet de la pyramide est souvent adhérent à la face antérieure de l'os hyoïde, mais cette adhérence ne s'effectuerait que tardivement, au moment de la disparition du canal. Les kystes de la région hyoïdienne ont un épithélium à cellules vibratiles ou

aplaties qui rappellent celles de la langue ou du pharynx; cela semble donc bien indiquer que l'invagination qui leur a donné naissance a pris son origine à l'isthme du gosier. P. GALLOIS.

Das Schicksal der embryonalen Schlundspalten bei Säugethieren (Destinée des fentes pharyngiennes chez les mammifères), par W. KASTSCHENKO (*Archiv f. mik. Anat., Band XXX, Heft* 1, *p.* 1-25, 2 *pl.*).

Ce travail est divisé en trois parties. L'auteur examine d'abord la destinée de la première poche épidermique et des deux premières poches épithéliales, à l'évolution desquelles est lié étroitement le développement de l'oreille externe et de l'oreille moyenne. Le conduit auditif externe est une formation secondaire, produite par l'extension des parois de la *première poche épidermique*. Les véritables vestiges de cette dernière chez l'adulte sont représentés par la fosse intercrurale (fossette scaphoïde) et l'extrémité interne du conduit auditif.

L'oreille moyenne ne dérive pas de la première fente branchiale, mais est le résultat du rétrécissement de la partie latérale du pharynx embryonnaire. Ces résultats sont, comme on le voit, en désaccord avec l'opinion de Kölliker, His, Moldenhauer, Hoffmann qui prétendent que l'oreille externe et l'oreille moyenne prennent naissance aux dépens de la première fente; ils concordent plutôt avec ceux de Gradenigo (Voyez R. S. M., XXIX, 7). Enfin, la membrane du tympan provient de la partie antérieure du deuxième arc pharyngien, au moins dans sa plus grande étendue.

La deuxième partie comprend l'étude de l'évolution des 2me, 3e et 4e poches épidermiques et de la 3e poche épithéliale, c'est-à-dire le développement du thymus et de la glande carotidienne.

Le thymus, à l'origine, se divise en trois portions principales. La première est formée par des noyaux d'origine exclusivement épidermique et qui dérivent du conduit précervical (lequel conduit résulte de l'occlusion du sinus précervical, 3me et 4e fentes épidermiques); Kastschenko l'appelle : thymus superficiel. La seconde portion d'origine à la fois épidermique et épithéliale, est la tête du thymus. Elle se confond bientôt avec la troisième portion, exclusivement épithéliale, qu'il nomme queue du thymus. Ces deux dernières portions peuvent être réunies sous la dénomination de thymus profond.

Enfin, un troisième paragraphe est consacré à l'étude de la 4e poche épithéliale. L'auteur expose les résultats de ses observations relativement aux bourgeons thyroïdiens latéraux, et il en conclut que ces bourgeons, au moins chez le porc (car toutes ces recherches ont porté sur des embryons de cet animal), ne semblent jouer aucun rôle important dans le développement de la masse générale de la glande thyroïde. A. NICOLAS.

Ueber die Beziehungen der quergestreiften Muskeln zum Papillarkörper der Lippenhaut (Sur les rapports des fibres musculaires striées avec les corps papillaires de la muqueuse labiale), par W. PODWYSSOZKI (*Arch. f. mik. Anat., Band XXX, Heft* 3, 1887).

L'auteur a choisi comme objet d'études les bourrelets qui, chez le lapin, s'étendent des deux côtés de la lèvre supérieure parallèlement

aux bords libres de l'orifice buccal. Les régions pourvues de poil sont moins favorables.

Sur des préparations d'objets fixés par le liquide de Flemming, colorées par la safranine en solution aqueuse et lavées ensuite dans une solution alcoolique faible d'acide picrique, on aperçoit les dispositions suivantes.

De la profondeur de la sous-muqueuse s'élèvent des faisceaux musculaires parallèles entre eux. Arrivés près de la limite du revêtement épithélial, ces faisceaux se dissocient soit en fascicules très ténus, soit même en fibrilles primitives. Il en résulte la production de véritables pinceaux plus ou moins étalés, dont les branches s'entrecroisent avec les branches des pinceaux voisins et forment ainsi un réseau. D'habitude chacun des bourrelets épithéliaux interpapillaires est en rapport avec un de ces pinceaux, mais des fibres striées pénètrent aussi dans le corps de la papille.

Les fascicules de fibrilles primitives se continuent par des filaments homogènes, réfringents, tendineux, qui entrent en rapport avec le stratum mucosum de l'épithélium. Comment se terminent ces muscles? Podwyssozki déclare que les filaments homogènes, prolongements des fibrilles primitives, pénètrent dans l'épithélium. L'union est intime et ils s'insinuent peut-être dans les espaces intercellulaires. La membrane basale semble formée par un réticulum fibrillaire et les faisceaux tendineux seraient également en rapport avec les fibrilles de ce réseau.

Un second point examiné par Podwyssozki est celui du passage de la substance musculaire en la substance tendineuse, l'isolement naturel des fibrilles musculaires permettant facilement l'examen. D'accord avec Wagener, Fick et Golgi, il soutient que la fibrille musculaire se continue directement avec la fibrille tendineuse, sans interposition de substance cimentante.

Au point de vue physiologique, ces connexions intimes des fibres musculaires striées volontaires avec les corps papillaires doivent être en rapport avec la mimique des lèvres ; et il pourrait se faire en outre que ces fibres eussent une influence vasomotrice indirecte en agissant, lorsqu'elles se contractent, sur les vaisseaux de la papille. A. NICOLAS.

Untersuchungen über die Horngebilde der Säugethierhaut (Recherches sur les formations cornées de la peau des mammifères, par F. REINKE (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXX, Heft* 2).

Dans une première partie, Reinke bat en brèche la théorie d'Unna sur la transplantation du poil. D'après Unna, le poil papillaire, s'étant séparé de sa papille, monte dans la cavité qui loge le poil, et va se fixer par sa base en un point (Haarbeet) de la gaine externe du poil, situé au-dessous de l'embouchure des glandes sébacées ; là il continue à s'accroître avec le concours de la gaine externe du poil, sous forme d'une tige pileuse privée de moelle et de cuticule, qu'Unna nomme « Beethaar ». Reinke constate l'absence à peu près complète de mitoses au niveau du « Haarbeet », tandis que la papille du poil papillaire en est abondamment pourvue ; cette constatation suffit pour nier l'accroissement du poil émigré et fixé en cette région. L'expérience de Ranvier, renouvelée par Reinke, montre encore que le poil transplanté ne s'accroît pas : rasé, il ne

repousse pas, tandis que le poil papillaire se reproduit. Enfin le Beethaar d'Unna n'a pas la structure spéciale dont cet auteur veut le caractériser ; s'il est dépourvu de moelle, il en est souvent de même pour le poil papillaire; en outre il possède, tout comme le poil papillaire, une cuticule bien développée.

Dans la seconde partie du travail, Reinke étudie les degrés de différenciation des cellules cornées. Il rappelle que cette différenciation a été étudiée par deux méthodes différentes, celle des digestions artificielles, et celle des colorations. Employant ce dernier procédé, Reinke voit que les différentes sortes de cellules du poil et de l'épiderme, destinées à se kératiniser, passent par un stade où elles contiennent une substance qui se colore par le violet de gentiane et la safranine d'une façon intense, et qu'il propose de nommer prokératine. Dans l'écorce et la cuticule du poil, dont les cellules ne présentent jamais de kératohyaline (éléidine), les cellules les plus jeunes renferment de la prokératine et se colorent énergiquement par la safranine ; la coloration ne s'étend pas à tout le corps cellulaire, mais se limite aux fibrilles dont Waldeyer a montré l'existence ; celles qui sont situées plus haut et sont plus âgées ne prennent plus la coloration, étant formées de kératine pure. Les cellules de la moelle renferment d'abord de la kératohyaline, à réactions caractéristiques ; puis la coloration par la safranine qui indique la présence de la prokératine apparaît, et se continue sur la moelle dans toute l'étendue du poil. Dans la gaine interne du poil et le stratum corneum de l'épiderme, les cellules renferment d'abord de la kératohyaline, mais seulement dans leur partie centrale ; la périphérie de la cellule est cornée, ainsi que la méthode des digestions l'avait déjà montré à Unna ; plus tard, le centre de la cellule se colore par la safranine et renferme donc de la prokératine ; plus tard encore, la cellule tout entière demeure incolore ; elle est kératinisée. A. PRENANT.

Die Anatomie und physiologische Bedeutung der Palmaraponeurose (L'anatomie et le rôle physiologique de l'aponévrose palmaire), par GRAPOW (*Arch. für Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2-3, 1887).

Grapow décrit minutieusement les diverses parties constitutives de l'aponévrose palmaire, superficiellement le prolongement de l'aponévrose antibrachiale, et l'expansion du petit palmaire, et profondément les faisceaux transversaux du ligament palmaire du carpe, ou ligament transverse de Gegenbaur. Il étudie les attaches de l'aponévrose palmaire à la peau et au squelette.

De cette étude anatomique, qui ne contient pas de fait important et absolument nouveau, il conclut au rôle de l'aponévrose :

1° Elle assure la voussure du squelette de la main, et résiste aux actions qui tendraient à l'aplatir ;

2° Elle joue un rôle hydraulique ; par ses mouvements alternatifs d'expansion et de relâchement, elle aide à la progression du sang et de la lymphe ;

3° Elle rend la préhension plus sûre, grâce à son union intime avec la peau. Si la peau pouvait s'écarter facilement de son substratum (comme c'est le cas quand la main est revêtue du gant même le plus

juste), lorsque la main s'arrondit pour saisir un objet, la préhension serait très incertaine. A. PRENANT.

Beiträge zur Histologie der Nieren (Études sur l'histologie des reins), par Robert STEIGER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIV*, *Heft* 1, *p.* 122).

Steiger cherche s'il existe plusieurs types de cellules; il tue un lapin et en moins de deux minutes met les fragments de ses reins dans l'acide osmique. Il étudie des coupes faites sur la pyramide à diverses hauteurs et reconnaît l'existence de deux types cellulaires. Les unes, fortement colorées par l'acide osmique, ont un noyau presque masqué par les fines granulations du protaplasma; elles paraissent comprimées par les autres, ont souvent une forme biconcave, leur sommet est presque aussi large que leur base. Mürset les a désignées sous le nom de cellules intercalaires. Les autres restent plus pâles, elles sont renflées à leur milieu. On peut les diviser elles-mêmes en deux groupes suivant qu'elles ont ou n'ont pas de noyau. Celles qui ont un noyau présentent autour de lui une zone claire ; les granulations colorées sont repoussées à la périphérie; parmi ces granulations, quelques-unes forment des grains un peu plus gros. Les cellules sans noyau leur ressemblent beaucoup, si bien qu'on pourrait se demander si, la cellule ayant été ouverte par le rasoir, le noyau ne s'est pas détaché. Mais sur certaines d'entre elles on trouve des nodules assez gros qui semblent bien être les ruines d'un noyau disparu. Ces différents types ne paraissent pas former des cellules essentiellement différentes, il existe des formes intermédiaires établissant le passage d'un type à l'autre.

Ces diverses cellules sont juxtaposées les unes aux autres sans qu'il paraisse y avoir d'ordre dans leur distribution. Cependant, le nombre des cellules claires va en augmentant à mesure que, s'éloignant du sommet de la pyramide, on se rapproche de la surface du rein. Dans les points où la prédominance s'établit en faveur des cellules foncées, le diamètre du tube s'accroît. Sous l'influence des intoxications, ce sont les cellules claires qui sont le plus malades; elles se gonflent de sérosité et forment de grosses masses arrondies.

L'auteur étudie également la disposition des tubes des reins; il admet comme Schachowa l'existence de « tubes spiraux » intermédiaires aux tubes contournés et à la branche descendante de Henle et que Heidenhain considère à tort, d'après lui, comme des tubes collecteurs qu'il désigne sous le nom de tubes larges munis de cellules à prolongements frangés. P. GALLOIS.

Sur l'évolution et la valeur de l'épithélium germinatif dans le testicule fœtal des mammifères, par LAULANIÉ (*Soc. biol.*, 26 *mars* 1887).

L'auteur, continuant ses recherches sur l'évolution de la sexualité dans l'individu et dans l'espèce, signale aujourd'hui un fait très intéressant dans l'évolution de l'épithélium germinatif chez le chat. Après que les tubes séminifères se sont différenciés et formés dans le stroma de la glande, sans aucune participation de l'épithélium germinatif à ce travail, le testicule est décidément formé, ses tubes n'ont plus qu'à s'accroître et à se contourner, et l'épithélium germinatif, d'après l'opinion courante, serait définitivement rétrogradé et réduit à un endothélium plat; à ce

moment pourtant où l'albuginée sépare énergiquement le foyer cortical (épithélium germinatif) et le foyer médullaire (tubes séminifères), l'épithélium germinatif offre chez le chat les témoignages d'une évolution sexuelle tout à fait comparable à celle que l'auteur a déjà signalée chez le poulet. Il semble en effet alors en pleine évolution ; il est stratifié et formé de petites cellules entre lesquelles sont très fréquemment intercalés de gros éléments sphériques pourvus d'un noyau également sphérique et vésiculeux et qui reproduisent tous les caractères assignés aux ovules primordiaux. Bien plus, en certains points, cet épithélium bourgeonne par sa face profonde et pousse des cordons qui s'enfoncent obliquement dans les couches superficielles de l'albuginée et sont à peu près exclusivement formés d'ovules primordiaux ; ce sont de véritables cordons de Pflüger en miniature. Ultérieurement cet épithélium germinatif rétrograde et revêt les caractères classiques des endothéliums. C. WALTHER.

Sur la karyokinèse dans la spermatogenèse, par SERTOLI (*Arch. ital. de biologie, t. VII, fasc.* 3, *p.* 369).

Sertoli croit que les spermatozoïdes se développent par karyokinèse aux dépens des cellules mobiles (germinatives et séminifères) et non des cellules fixes épithéliales ou ramifiées, à l'inverse de l'opinion soutenue par beaucoup d'auteurs. C. GIRAUDEAU.

Ueber die Entwicklung der Samenkörperchen bei den Beutelthieren (Sur le développement des corpuscules spermatiques chez les Marsupiaux), par FÜRST (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXX, Heft* 3, *p.* 29, 3 *pl.*, 1887).

Relativement à la morphologie du tube séminifère des Marsupiaux, l'auteur retrouve les deux sortes de cellules décrites chez les autres Mammifères, c'est-à-dire d'une part des cellules séminales (cellules souches, cellules-mères, cellules-filles et spermatozoïdes) et d'autre part des éléments qu'il nomme «cellules marginales » ; celles-ci, qui ont en partie les caractères des cellules de soutien de Merkel, n'en ont pas la signification ; car les prolongements ramifiés, qui distinguent les cellules de Merkel, manquent ici; elles ne jouent d'un autre côté aucun rôle direct dans la formation des spermatozoïdes.

La partie la plus remarquable du travail a trait au développement même des spermatozoïdes aux dépens des cellules séminales-filles. A l'un des pôles du noyau de cette cellule se forme un capuchon (Kappe); à l'autre pôle, pôle caudal, des corpuscules polaires véritables, formés de chromatine sont rejetés par le noyau. Ce phénomène a la signification d'un processus de maturation, tout à fait comparable à celui de l'œuf.

Le noyau s'éclaircit alors et se montre parsemé de grains chromatiques ; puis la chromatine et l'achromatine se concrètent en une masse qui se retire au pôle antérieur du noyau sous le capuchon, et soulève la membrane nucléaire ; la chromatine se concentre aussi au pôle caudal en une masse. La substance nucléaire sort alors en partie du pôle caudal du noyau, pour constituer le filament caudal ; on doit ainsi considérer la formation de la queue, qui se fait comme le rejet des corpuscules polaires au niveau du pôle caudal, comme la continuation de la différenciation polaire et par suite sexuelle de la substance nucléaire.

Quant à la substance cellulaire, elle est totalement rejetée. Il ne reste donc, pour former le spermatozoïde, que de la substance nucléaire (Kölliker) ; celle-ci est chromatique et achromatique ; l'achromatine s'applique de plus en plus étroitement sur le filament axile chromatique, et lui constitue une enveloppe dont la forme spirale n'est due qu'à des phénomènes de compression et ne tient nullement à l'existence d'un filament enroulé en spirale. A. PRENANT.

Untersuchungen über die Samenkörper der Säugethiere, Vögel und Amphibien (Recherches sur les spermatozoïdes des mammifères, des oiseaux et des amphibiens), par JENSEN (*Arch. f. mik. Anat. Band XXX, Heft* 3, *p.* 46).

Jensen étudie dans ce travail les spermatozoïdes des Mammifères, et spécialement de l'homme, du cheval, de la brebis et surtout du rat. Chez ce dernier animal, il examine successivement :

a) *La queue.* — La « pièce d'union » (*Verbindungsstück*) est constituée par un « filament axile » (Achsenfaden), et un « filament spiral » (Spiralfaden) enroulé autour du précédent. Les tours de la spire très surbaissée, que décrit le filament d'enveloppe, produisent la striation transversale si marquée sur le « Verbindungsstück » ; cette spire peut se dérouler partiellement sur une certaine étendue et laisser à découvert le filament axile, au lieu que partout ailleurs les tours de spire sont tellement serrés qu'ils dérobent aux regards de l'observateur le filament axile qu'ils enveloppent étroitement. Le filament axile offre une structure très compliquée ; il se laisse partager, en effet, en deux filaments composants, disposition déjà reconnue par Ballowitz. Mais voici où Jensen s'écarte de son devancier. Pour Ballowitz, les deux filaments, dont se compose la tige axile, sont simplement juxtaposés, tout en laissant entre eux une fente qui court tout le long de la « pièce d'union » et qui paraît, par suite, comme une bande claire, située entre deux bandes foncées qui correspondent aux deux filaments composants. Pour Jensen, au contraire, chacun de ces filaments est une demi-gouttière qui, adaptée à l'autre, forme un tube, dont la bande claire de Ballowitz représente la lumière ; le filament axile est donc creux. Jensen retrouve ensuite la structure que Ballowitz a signalée ; chacun des filaments composants est constitué par un certain nombre de fibrilles que l'emploi de réactifs peut mettre en évidence ; Jensen donne de cette disposition des images très démonstratives, où l'on voit les fibrilles élémentaires écartées les unes des autres, et où les filaments composants du filament axile paraissent comme un faisceau de fibrilles. Le filament axile du « Verbindungsstück » ne s'attache pas à la tête du spermatozoïde directement, mais par l'intermédiaire de deux boutons placés l'un derrière l'autre ; chacun de ces boutons se scinde longitudinalement en deux moitiés ; de même que le filament axile dont les boutons ne sont que la continuation. Le bouton antérieur n'est pas à son tour accolé directement à la tête, mais en est séparé par un minime interstice.

La « pièce principale » (*Hauptstück*) de la queue paraît homogène à l'état frais ; mais certains réactifs y produisent la même striation transversale que sur le « Verbindungstück » moins marquée cependant ici ; cette striation est l'expression d'une disposition identique à celle qui vient d'être décrite. La « pièce principale » est reliée à la « pièce d'union »

par une courte portion dépourvue d'enveloppe spirale, et réduite au filament axile.

La queue se termine par un « *Endstück* » que le filament axile seul constitue.

b) *La tête.* — Jensen décrit ensuite minutieusement la tête plate et incurvée en hameçon du spermatozoïde du rat. La pointe de l'hameçon est creuse et représente l'extrémité antérieure d'une enveloppe comparable à une kopfkappe, qui a la forme d'un cône aplati, effilé et courbe. La concavité de ce cône creux est renforcée dans une certaine étendue à partir de l'extrémité par une formation spéciale, un bâtonnet (bâtonnet de l'hameçon). La tête proprement dite se compose d'une partie corticale et d'une portion axile, que certains réactifs colorants permettent surtout de bien distinguer. De plus, l'emploi du chlorure d'or montre que, dans la partie postérieure de la tête, ni l'écorce, ni la portion axile ne se colorent ; Jensen pense que les deux parties, antérieure et postérieure, ainsi différenciées de la tête unciforme du spermatozoïde du rat correspondent aux deux hémisphères du noyau à différenciation dissemblable que Merkel a le premier décrits. Quant à la constitution de la tête par une écorce et un contenu, Jensen rappelle qu'elle se trouve déjà indiquée dans les travaux de Grohe et Miescher.

Chez le cheval et la brebis, Jensen décrit le micropore déjà vu par Miescher. Il signale l'existence, entre la pièce intermédiaire et la pièce principale de la queue, d'un disque réfringent ; celui-ci résulte de la modification de l'amas cytoplasmique qui persiste à cet endroit pendant très longtemps. La pièce cervicale (Halsstüsk) de Ballowitz n'est pas, comme le dit cet auteur, une tige bifurquée et renflée aux deux extrémités de la fourche en deux boutons qui se fixent sur la tête du spermatozoïde ; cette formation n'est que le bouton décrit par Jensen, séparé longitudinalement en deux moitiés. Quant au Halsstück, il est situé en avant du bouton, entre lui et la tête, et représenté par une substance granuleuse très minime.

Les principaux détails de structure signalés chez le rat, le cheval et la brebis, et notamment l'existence du filament spiral, du bouton caudal, peuvent être retrouvés chez l'homme, dont les petits spermatozoïdes ne sont cependant pas favorables à l'étude. A. PRENANT.

Recherches anatomiques sur les muscles de Wilson et de Guthrie, par CROS (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier, n*os 15, 16 *et* 1887).

1° La région profonde du périnée a une structure identique chez l'adulte et chez l'enfant;

2° Le muscle de Wilson n'existe pas;

3° Le muscle de Guthrie n'existe pas davantage ;

4° Autour de la partie profonde de l'urètre, on ne trouve que des fibres circulaires. Au niveau de la portion membraneuse, ces fibres forment un anneau qui s'élargit sur les parties latérales; ce sont ces fibres qui ont été décrites par Guthrie comme un muscle spécial. Au niveau de la paroi supérieure de l'urètre, au-dessous du ligament sous-pubien, ces fibres deviennent plus nombreuses et forment l'épaississement de

l'anneau musculaire; elles ont été décrites sous le nom de muscle de Wilson.

La description de Cadiat est exacte en tous points. A. DUCAMP.

Su di un osso odontoïdeo, par Giovanni d'AJUTOLO (*Memorie della Accad. d. sc. dell' Ist. di Bologna, t. VII, p.* 633-654).

Le sujet dont il s'agit, bien constitué d'ailleurs, présentait les particularités suivantes : l'apophyse odontoïde constituait un os complètement indépendant, dont la base était unie par un disque fibro-cartilagineux à une partie seulement (les 2/3 postérieurs) de la surface supérieure du corps de l'axis. Le tiers antérieur de cette surface s'articulait avec l'arc antérieur de l'atlas. En outre, à la place de ligament suspenseur, il y avait une véritable articulation occipito-odontoïdienne, grâce à l'existence d'une languette osseuse partie du pourtour antérieur du trou occipital et qui venait s'appliquer sur le sommet de l'os odontoïde.

L'auteur étudie ensuite le développement de l'axis, et cherche à expliquer la signification du cas qu'il a observé. Il conclut en disant que les faits sont trop rares pour que l'on puisse en déduire les lois qui président à leur développement.

Enfin, dans un appendice, d'Ajutolo rapporte les recherches récentes de Giacomini et de Romiti (Voir *R. S. M.* XXIX, 403) qui n'expliquent pas du reste son observation. A. NICOLAS.

I. — Ueber die Methylenblaureaction der lebenden Nervensubstanz (La coloration de la substance nerveuse vivante par le bleu de méthylène), par EHRLICH (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 21 *décembre* 1885).

II. — Bemerkungen zur Ehrlich'schen Nervenfärbung (La coloration des nerfs d'Ehrlich), par PAL (*Wien. med. Jahrb., p.* 159, 1887).

I. — Ehrlich inaugure un système de coloration des tissus vivants en injectant dans les veines des animaux une solution de bleu de méthylène. Sans donner encore tous les détails de sa technique, il montre les résultats obtenus. Le bleu de méthylène ne colore pas les troncs nerveux, mais seulement les terminaisons nerveuses, et d'une façon plus nette que le chlorure d'or. On peut s'en convaincre en considérant : les papilles gustatives de la grenouille avec les filets nerveux et le plexus sous-jacent; les cellules olfactives de la grenouille ; chez le lapin, les plaques nerveuses terminales des muscles de l'œil, les nerfs des fibres lisses ou vaso-constricteurs des petites veines, le plexus nerveux de l'oreillette de la grenouille, les terminaisons des fibres nerveuses sensitives de la vessie chez la grenouille; le réseau nerveux très délicat qui entoure la cellule ganglionnaire. Tandis que les terminaisons nerveuses des muscles lisses du lapin se colorent en bleu, celles des muscles striés résistent en général, sauf celles des muscles de l'œil, du diaphragme et du larynx. Chez l'écrevisse les terminaisons nerveuses se colorent dans les deux ordres de muscles sensitifs et volontaires; mais les muscles striés peuvent se distinguer en deux variétés suivant qu'ils admettent ou non la coloration du bleu de méthylène : or, le chlorure d'or n'avait pas permis d'apprécier ces caractères distinctifs.

Pourquoi le bleu de méthylène colore-t-il certains nerfs d'une façon spéciale? Il semble avoir une prédilection pour ceux qui sont le plus en

contact avec l'oxygène (nerfs du goût et de l'olfaction), et d'autre part, pour ceux dont la réaction est alcaline.

Le défaut de la méthode, c'est la disparition de la teinte bleue au bout de quelques heures, à moins qu'on ne puisse exposer les préparations à l'air.

II. — Pal constate que la coloration obtenue par le procédé d'Ehrlich disparaît au bout de quelques minutes; il s'efforce donc de fixer la matière colorante. Il injecte une solution à 0,50 0/0 dans la veine abdominale ou dans la grande veine cutanée des grenouilles; au bout de quelques secondes, la bouche est bleue; et si l'on interrompt alors l'injection, l'animal reste en vie. En faisant des coupes de la muqueuse linguale, on y trouve les terminaisons nerveuses parfaitement colorées.

La décoloration s'effectue du centre à la périphérie de la préparation, sous la lamelle, tandis que si l'on expose la préparation à l'air, elle conserve sa teinte bleue, grâce à l'action de l'oxygène, pendant plusieurs heures.

L'auteur a recours, pour fixer le bleu, à la précipitation par l'iode. Il met ses coupes dans une solution d'iodure de potassium, dans la glycérine à 20 0/0, et l'y laisse plusieurs heures. Il obtient ainsi une coloration violette qui persiste quelques mois. Mais les préparations finissent par pâlir et d'autre part elles contiennent des cristaux violets qui peuvent gêner l'observateur. L. GALLIARD.

PHYSIOLOGIE.

Sur la circulation du sang dans le cercle artériel de Willis, par G. CORIN (*Bulletins Acad. royale de Belgique, XIV*, 1887).

Grâce aux anastomoses (cercle artériel de Willis) offertes par les quatre gros vaisseaux qui nourrissent le cerveau (carotides internes et vertébrales), cet organe supporte parfaitement l'oblitération d'une ou de plusieurs de ses artères. Corin a cherché à déterminer dans quelle mesure se fait cette suppléance. Il a constaté que, chez le chien, la ligature de deux et même de trois grosses artères n'exerce que fort peu d'influence sur la pression du sang dans le cercle artériel de Willis, et par conséquent sur les conditions de la circulation cérébrale. Dans la plupart des cas, la ligature des quatre vaisseaux afférents n'amène pas non plus de troubles graves; le cerveau reçoit alors son sang par des voies détournées, notamment par les anastomoses avec les vaisseaux spinaux.

Il n'y a donc pas lieu, d'après Corin, de s'étonner, comme on l'a fait, du peu d'influence que la ligature des carotides ou des vertébrales exerce sur le rythme respiratoire, et l'on n'est plus en droit d'invoquer ces faits contre la théorie respiratoire de Rosenthal. On sait que, d'après ce physiologiste, le rythme respiratoire est réglé, en grande partie, par la qua-

lité (composition de gaz) du sang qui circule dans la tête et le cou, notamment par les conditions de l'irrigation sanguine de la moelle allongée.

Corin termine son travail en déterminant la vitesse de propagation des ondes pulsatiles à travers le cercle artériel de Willis. Elle est notablement plus faible que dans les gros troncs artériels voisins du cœur.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur la respiration et la circulation. Exploration des battements du cœur par la sonde œsophagienne, par Léon FREDERICQ (*Archives de biologie, t. VII, fasc. I,* 1887).

Frappé de la forme singulière du tracé de la pulsation cardiaque explorée au moyen d'une sonde munie d'une ampoule de caoutchouc et introduite dans l'œsophage, l'auteur a fait, chez le chien, des recherches ayant pour but d'établir le synchronisme exact des différents éléments de ces singuliers graphiques œsophagiens avec le tracé du cœur et avec celui des artères.

Les expériences de Fredericq confirment, pour le chien, les résultats obtenus par Chauveau et Marey pour le cheval, relativement au rapport qui existe entre la systole ventriculaire et la pulsation artérielle. Chez le chien, en effet, la systole ventriculaire dure environ 23 centièmes de secondes. L'ouverture des valvules sigmoïdes, la pénétration de l'ondée sanguine de l'aorte et le début de la pulsation aortique retardent de 7 centièmes de seconde sur le début de la pulsation ventriculaire. La pulsation artérielle directe présente son sommet 20 à 25 centièmes de seconde après le début de la pulsation principale aortique. Le début de cette pulsation directe coïncide exactement avec le début de l'ondulation du tracé ventriculaire, correspondant à la fermeture des valvules sigmoïdes.

Le tracé cardiaque de la sonde œsophagienne débute par une pulsation négative, correspondant à la systole auriculaire. Le début de la systole ventriculaire s'y traduit par une ondulation positive, jusqu'au moment de l'ouverture des valvules sigmoïdes. La pénétration de l'ondée sanguine dans l'aorte et la pulsation artérielle positive se traduisent par une pulsation négative dans le tracé de l'œsophage (recul balistique du cœur), le tracé présente alors les mêmes détails que celui de l'artère, mais exactement en sens inverse (pulsations négatives).

F. HENNEGUY.

Zur mechanischen Nervenreizung (Excitation mécanique des nerfs), par Robert TIGERSTEDT (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 82, 1887).

R. Tigerstedt décrit un appareil permettant d'exciter mécaniquement le nerf sciatique de la grenouille. Le nerf est déposé horizontalement sur la tranche (en plomb) horizontale d'une petite plaque verticale : son excitation est obtenue par la chute de la tête (en plomb) d'un petit marteau tombant d'une hauteur connue et variable. Le poids du marteau, multiplié par la hauteur de chute, mesure en *grammètres* l'intensité de l'excitation mécanique. L'appareil peut fournir des excitations dont les valeurs sont comprises entre 0,5 et 12 grammètres.

Un électro-aimant maintient le marteau suspendu au-dessus du nerf, dans l'intervalle des excitations, et permet également de relever le mar-

teau immédiatement après sa chute. Tout l'appareil est contenu dans une petite chambre humide, à l'extérieur de laquelle se manœuvrent les vis qui servent à déplacer l'excitateur mécanique par rapport au nerf, et celles qui permettent de varier la hauteur de chute.

LÉON FREDERICQ.

Application de la photographie à l'étude de l'électrotonus des nerfs, par HENRIJEAN (*Bulletins de l'Académie royale de Belgique, XIV, n° 7*, 1887).

Les méthodes les plus ingénieuses de l'électro-physiologie ont été utilisées pour l'étude des courants électrotoniques des nerfs. Malheureusement ces méthodes sont compliquées et ne permettent d'arriver à reconstituer la courbe qui représente les différentes phases de l'*électrotonus,* qu'en combinant les résultats fournis par un grand nombre d'expériences successives.

Bernstein, l'un des physiologistes allemands qui s'est occupé avec le plus de succès de ce sujet difficile, émettait récemment le vœu de voir répéter ces expériences, en les disposant de manière à n'avoir à soumettre le nerf qu'à une seule action de polarisation, ce qui s'obtiendrait le mieux, dit-il, au moyen de l'électromètre capillaire, dont on photographierait les excursions.

Ce vœu exprimé par Bernstein, Henrijean est parvenu à le réaliser. Il a pu, au moyen de la photographie, recueillir, en une seule expérience, la courbe complète du courant électrotonique. Hâtons-nous de dire que son travail confirme, en grande partie, les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs; son intérêt réside donc moins dans la découverte de faits nouveaux, que dans la substitution d'une méthode directe, simple et facile, aux procédés compliqués et laborieux utilisés jusqu'à présent.

LÉON FREDERICQ.

Eine neue Methode zur Erforschung der Wirkung verschiedener Agentien auf das isolirte Herz der warmblütigen Thiere (Méthode nouvelle pour étudier l'influence de divers agents sur le cœur isolé des animaux à sang chaud), par N. TSCHISTOWITSH (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 133, 1887).

Tschistowitsh ouvre largement la poitrine chez le chien, et lie tous les vaisseaux qui partent du cœur. Il entretient une circulation à travers l'organe au moyen d'un réservoir de sang défibriné, placé à une certaine hauteur et amenant le sang à l'oreillette droite au moyen d'un tube de caoutchouc et d'une canule fixée dans la veine jugulaire droite. Un second tube muni de canules fait passer le sang directement de l'artère pulmonaire dans l'oreilette droite. Enfin un troisième tube part de la sous-clavière droite et ramène le sang au réservoir. Un manomètre placé dans la carotide enregistre les variations de la pression. La circulation se fait ainsi sans que le sang ait à traverser les réseaux de la grande et de la petite circulation. Dans ces conditions, les variations de pression et de débit de l'aorte dépendent uniquement des variations dans le travail du cœur. Tschistowitsch a constaté par ce procédé que l'extrait fluide de racine de l'hellébore vert augmente l'activité du cœur.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die Gasspannungen im lebenden arteriellen Blute (Sur la tension des gaz du sang artériel vivant), par Chr. BOHR (*Centralblatt für Physiologie, p.* 293, 1887).

Ch. Bohr emploie, comme tonomètre, des gaz du sang, le compteur de Ludwig légèrement modifié. Le sang des deux ampoules ou cylindres du compteur est séparé par une colonne gazeuse qui se trouve ainsi en contact avec du sang constamment renouvelé. Il s'établit au bout de peu de temps un équilibre de tension entre les gaz de l'appareil et ceux du sang. Il suffit alors d'analyser les gaz de l'appareil, en tenant compte de leur pression, pour en déduire la tension qu'ils présentent dans le sang.

On admettait généralement d'après les résultats des expériences faites avec l'aérotonomètre de Pflüger, que la tension de CO^2 dans le sang artériel est sensiblement égale à celle que ce gaz présente dans l'air des alvéoles pulmonaires (2,9 0/0 d'une atmosphère ou 22 millimètres de mercure environ) ; que celle de l'oxygène, au contraire, est notablement inférieure dans le sang à ce qu'elle est dans l'air des alvéoles pulmonaires. Les échanges gazeux de la respiration pulmonaire paraissaient donc être des phénomènes de diffusion extrêmement simples, dus à des différences de tension entre les gaz du sang veineux et ceux des alvéoles pulmonaires.

Bohr arrive, au contraire, à ce résultat nouveau et paradoxal que la tension de l'oxygène dans le sang artériel (136^{mm}, 5 de mercure en moyenne, les chiffres extrêmes étant 133^{mm}, 8 et 138^{mm}, 4) dépasse la tension de l'oxygène des alvéoles pulmonaires ; d'autre part, la tension de CO^2 serait dans le sang artériel voisine de zéro, tandis que CO^2 présente dans l'air des alvéoles pulmonaires une tension de plusieurs centièmes d'atmosphère. Bohr en conclut que les phénomènes de la diffusion ne suffisent pas à expliquer les échanges gazeux intrapulmonaires.

LÉON FREDERICQ.

Ueber ein neues Verfahren zur Beobachtung der Wellenbewegung des Blutes (Un procédé nouveau pour étudier les ondes sanguines), par J.-V. KRIES (*Archiv für Physiologie, Phys. Abth., p.* 255, 1887).

L'avant-bras et la main sont introduits dans un cylindre en verre rempli d'air, fermé à la façon d'un pléthysmographe et communiquant à l'extérieur par un tube de petit diamètre T. Quel que soit le volume du bras, si ce volume reste stationnaire, l'air du tube T restera au repos ; dès que ce volume augmente, par suite d'une augmentation dans la vitesse de l'afflux artériel, il se produit dans le tube T un courant d'air dirigé vers l'extérieur. Si le volume du bras diminue, par suite d'une diminution dans l'afflux sanguin artériel, il y aura entrée de l'air dans l'appareil. Les mouvements de l'air du tube T suivent donc exactement les variations de l'afflux sanguin, c'est-à-dire les variations dans la vitesse du sang artériel (la vitesse d'écoulement du sang veineux est censée uniforme). L'enregistrement des mouvements de l'air dans le tube T au moyen d'une flamme sensible, dont les oscillations sont fixées par la photographie, fournit donc un tracé des variations de vitesse du sang dans les artères afférentes du membre. V. Kries donne à cette méthode le nom de *tacho-graphie au moyen du gaz* (gastachographie).

Les tachogrammes obtenus de cette façon diffèrent assez notablement des sphygmogrammes et des pléthysmogrammes : ils rappellent les courbes de vitesse publiées par Chauveau pour la carotide du cheval. Nous renvoyons à l'original pour la description détaillée de ces courbes. L'auteur réserve leur interprétation et leur comparaison avec les sphygmogrammes pour une publication ultérieure. LÉON FREDERICQ.

Einige Versuche betreffend die Innervation der Ohrgefässe bei Kaninchen (Quelques expériences sur l'innervation des vaisseaux de l'oreille du lapin), par J. PANETH (*Centralblatt f. Physiologie, p.* 272, 1887).

1° Un lapin est plongé entièrement, sauf la tête, dans un bain chaud (+ 40° à + 42°) ; en quelques secondes, les vaisseaux de l'oreille sont dilatés au maximum. Ils ne présentent plus les oscillations de calibre découvertes par Schiff. Si le bain est froid (+12° à +20°), les vaisseaux se contractent au contraire. Il s'agit d'une action réflexe sur les vaisseaux de l'oreille, ayant pour point de départ l'impression du chaud et du froid sur les nerfs sensibles de la peau du tronc et des membres.

2° La dilatation des vaisseaux de l'oreille produite par l'immersion du tronc dans l'eau chaude persiste encore si l'on entoure l'oreille de glace ou si on la frotte avec une dissolution alcoolique de menthol. La faradisation directe provoque alors le rétrécissement vasculaire. Si l'animal est plongé dans l'eau froide, l'application d'éponges chauffées à + 42° sur l'oreille n'y modifie pas la constriction vasculaire. Si la température de l'éponge mouillée atteint + 50°, il se produit une injection passagère des vaisseaux de l'oreille. Si l'on frotte l'oreille avec du nitrite d'amyle, pendant que l'animal est plongé dans l'eau froide, les vaisseaux se dilatent.

3° La section préalable du sympathique cervical pratiquée d'un côté ne change pas grand chose aux résultats des expériences précédentes. Paneth nota cependant que, du côté opéré, la dilatation vasculaire (par immersion dans l'eau chaude) apparaît un peu plus vite du côté opéré, tandis que le rétrécissement vasculaire (par immersion dans l'eau froide) est au contraire un peu en retard du côté opéré. On sait qu'au bout de très peu de temps, les effets vasculaires de la section du sympathique cervical disparaissent complètement. Paneth admet que le sympathique ne contient que des filets constricteurs pour les vaisseaux de l'oreille, sans mélange de dilatateurs ; mais une partie notable des constricteurs se rend à l'oreille par une autre voie que celle du sympathique, notamment par le nerf auriculaire cervical (Schiff). LÉON FREDERICQ.

Vergleichend-physiologische Studien über Pupillarreaction (Étude de physiologie comparée sur la réaction pupillaire), par E. STEINACH (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 105, 1887).

Chez les vertébrés, où le chiasma des nerfs optiques présente une décussation incomplète, c'est-à-dire un faisceau important de fibres directes non croisées (homme, chat, etc.), le réflexe pupillaire est toujours double.

Le réflexe est unilatéral direct chez les animaux dont les nerfs optiques subissent l'entrecroisement complet (cheval, crocodile, hibou, etc.). Chez le lapin, l'entrecroisement est presque complet : un faisceau insignifiant

de fibres nerveuses présente seul un trajet direct. Ici aussi le réflexe pupillaire est direct et unilatéral.

Ces faits nous conduisent à admettre également un entrecroisement des fibres pupillo-constrictrices du nerf oculo-moteur et une indépendance anatomique complète des centres nerveux pupillo-constricteurs, au moins chez les animaux à réflexe unilatéral. L. F.

Sehnenreflexe bei Ermüdung (Réflexes tendineux et fatigue), par M. STERNBERG (*Centralbl. f. Physiologie, p.* 81, 1887).

Les réflexes tendineux (r. rotulien, r. bicipital) sont particulièrement intenses chez les personnes fatiguées (fatigue physique, musculaire ou intellectuelle). Strümpell avait déjà signalé la même particularité chez les individus affaiblis, notamment chez les phtisiques et les typhiques. L. F.

Ein Vorlesungsversuch, betreffend die Säurebildung bei der Muskelthätigkeit (Une expérience de cours sur la production d'acide dans les muscles qui se contractent), par H. DRESER (*Centralblatt f. Physiologie, p.* 195, 1887).

On sait qu'il existe une espèce de fuchsine se colorant vivement en rouge au contact des acides.

On injecte chez la grenouille deux à trois fois dans l'espace d'une douzaine d'heures une seringue de Pravaz d'une solution de fuchsine à 5 0/0. La grenouille ainsi imprégnée de fuchsine peut servir à une expérience des plus démonstratives sur la formation d'acide dans les muscles qui se contractent. On tétanise pendant dix à quinze minutes, d'une façon intermittente (métronome intercalé dans le circuit primaire du chariot de du Bois-Reymond) l'un des nerfs sciatiques. La patte excitée se colore vivement en rouge, ce qui indique la disparition de la réaction alcaline des muscles. LÉON FREDERICQ.

Aendert sich das Volumen einer Muskels bei der Contraction (Le volume du muscle change-t-il pendant la contraction ?), par R. EWALD (*Arch. f. d. ges. Phys., Band XLI, p.* 215).

La question, très controversée, a été résolue dans des sens différents par les différents observateurs. Erman, Marchand, Ed. Weber et Valentin ont trouvé une diminution de volume très notable. Ewald répète leurs expériences pour en apercevoir le défaut, en se rapprochant le plus possible de leur manière d'opérer. Il s'est d'abord servi du pycnomètre d'Erman ; il observait le gastrocnémien de la grenouille, l'animal ayant été tué sous l'eau bouillie afin qu'il n'y eut point d'air dans les vaisseaux du muscle ; le muscle était introduit dans le flacon à bouchon capillaire et le niveau était observé à l'aide du microscope. La sensibilité de l'appareil est telle qu'elle permet d'apprécier une variation de volume moindre que un dix-millième de centimètre cube. Or, la contraction du muscle laisse le niveau invariable.

Ewald imagine une autre méthode. C'est d'employer le muscle comme un aréomètre. Le gastrocnémien est plongé dans un liquide de poids spécifique égal à lui-même, et non dialysable, un mucilage gommeux additionné d'eau et d'un peu de sel. Deux électrodes placées à distance permettent, sans contact avec le muscle, de produire son tétanos par des

courants d'induction. Le muscle reste en repos dans le même horizon liquide : il ne descend point, comme il devrait le faire si son volume diminuait. Il y a seulement un mouvement de pivotement tenant au changement de forme. La sensibilité de la méthode éprouvée par une expérience très délicate, consistant à ajouter au muscle le poids capable de le déplacer, s'exprimerait en disant que l'on pourrait apprécier un changement du muscle de 0.150 à 0.175 millimètres cubes. On peut aussi fixer le muscle par le tendon d'Achille à un flotteur particulier qui permet de le soutenir dans l'eau salée à six millièmes. La tétanisation n'amène aucun déplacement de l'appareil flotteur. La sensibilité est ici de 0.023 millimètres cubes.

Valentin opérait sur un muscle plongé dans l'eau et suspendu par un fil de cocon au plateau d'une balance. On était en état d'apprécier un changement de volume correspondant à 0.06 millimètres cubes. On n'observe aucun changement pendant la tétanisation.

L'auteur cherche alors comment les mêmes expériences ont pu donner des résultats différents à d'autres expérimentateurs ; il détermine la cause d'erreur. DASTRE.

Ueber die elektrischen Erscheinungen, welche die Muskelzuckung begleiten (Sur les phénomènes électriques qui accompagnent la secousse musculaire), par Frederic S. LEE (*Archiv für Physiologie, Phys. Abth., p.* 205, 1887).

On admettait jusqu'à présent une discordance complète entre les phénomènes électriques et les phénomènes mécaniques de la contraction musculaire. L'oscillation négative était censée durer moins d'un centième de seconde et correspondre à la période latente; elle précédait la contraction proprement dite. Lee a construit, au moyen du rhéotome de Bernstein et de l'électromètre de Lippmann, la courbe de la variation électrique de la secousse musculaire et il a constaté, contrairement à la doctrine généralement admise, que la durée de l'oscillation négative est analogue à celle de la contraction mécanique proprement dite et qu'il y a sous plus d'un rapport, correspondance non discordance des deux phénomènes. La courbe de l'oscillation électrique est assez compliquée et présente, chez le muscle *couturier* de la grenouille, une phase négative suivie d'une phase positive. Chez le *gastrocnémien*, le *gracilis* et le *biceps* de la cuisse, la courbe présente deux portions négatives séparées par une portion positive. La fatigue allonge la courbe des variations électriques et l'affecte donc de la même façon que la courbe myographique.

LÉON FREDERICQ.

Recherches expérimentales sur la morphologie des muscles, par MAREY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 12 *septembre* 1887).

On sait que l'effort d'un muscle est proportionnel à la section transversale de ses fibres rouges, tandis que l'étendue de son raccourcissement est proportionnelle à leur longueur. Cette loi, établie par Borelli, est entièrement confirmée par l'anatomie comparée, et les variétés de forme qu'un même muscle présente chez les différents animaux sont toutes motivées par les exigences d'un type particulier de locomotion, l'épaisseur du muscle étant en rapport avec l'énergie de son effort, sa longueur étant en rapport avec l'étendue des déplacements de ses points

d'insertion. L'anatomie de l'homme en fournit un exemple : certains nègres n'ont pas de mollet, c'est-à-dire que leurs muscles gastrocnémiens sont longs et minces ; mais aussi agissent-ils sur un bras de levier plus long que chez le blanc, c'est-à-dire qu'en mesurant les squelettes du musée de la Société d'anthropologie, on trouve que la longueur moyenne du calcanéum (du centre articulaire à l'attache du tendon d'Achille) est chez le nègre représentée par 7, alors qu'elle l'est seulement par 5 chez le blanc. Cette harmonie est-elle préétablie ou engendrée par la fonction elle-même? La recherche expérimentale suivante répond à cette question. Sur des chevreaux et des lapins, Marey résèque le calcanéum, de manière à réduire de moitié sa longueur ; pendant plus d'un an les animaux opérés vivent en pleine liberté dans les vastes terrains de la station physiologique du bois de Boulogne. Sacrifié après ce temps, l'un d'eux montre déjà un muscle très raccourci, car, tandis que chez le lapin normal le muscle a à peu près la même longueur que son tendon, sur le lapin à calcanéum réséqué la longueur du muscle n'est plus guère que la moitié de celle du tendon. M. DUVAL.

Influence du travail musculaire sur les échanges respiratoires, par HANRIOT et Ch. RICHET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *juin* 1887).

Relation du travail musculaire avec les actions chimiques respiratoires, par LES MÊMES (*Ibidem*, 4 *juillet* 1887).

La ventilation pulmonaire se proportionne au travail musculaire ; dans le travail modéré, la ventilation est plus que suffisante pour l'excrétion de l'acide carbonique produit. Par le fait du mouvement musculaire, l'acide carbonique produit croît plus que l'oxygène absorbé, et le rapport de l'un à l'autre gaz tend même à depasser l'unité alors qu'à l'état normal il est de 0,75 environ.Ce rapport montre que l'équation chimique de la contraction musculaire est plus compliquée qu'une simple combustion du glycose ou de la glycérine. En tout cas, en supposant que l'oxygène absorbé a été employé totalement à la combustion du glycose et qu'il n'y a pas d'autre source de chaleur, on trouve que le rendement réel de la machine animale serait 1/7 du rendement théorique.

M. D.

Expériences pour la détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail. — Conséquences physiologiques de cette détermination, par A. CHAUVEAU (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 25 *avril*, 16 *et* 23 *mai*, 8 *et* 16 *août* 1887).

Le problème que s'est posé l'auteur est le suivant : déterminer pour un poids donné de tissu musculaire vivant, et pour toutes les conditions physiologiques, la quantité de sang qui le traverse dans l'unité de temps, le poids d'oxygène qu'il absorbe et de l'acide carbonique qu'il excrète, et enfin le poids des substances qui fournissent le carbone de cet acide carbonique. Pour fixer ainsi l'activité spécifique des échanges intramusculaires, le cheval présente un muscle, le releveur propre de la lèvre supérieure, qui se prête parfaitement aux expériences, car il est très accessible, et, n'ayant très souvent qu'un seul émonctoire veineux, permet de recueillir tout le sang veineux et rien que le sang veineux qui

en sort. Les résultats ainsi obtenus sont consignés dans de nombreux tableaux, desquels se dégagent les conclusions générales suivantes : Pendant le travail, la circulation du muscle est environ cinq fois plus active que pendant le repos, et cette activité circulatoire croît et décroît avec l'activité fonctionnelle du muscle ; elle est sensiblement la même sur des sujets différents dont les muscles ont le même poids et exécutent le même travail. Mais, chose remarquable, si les muscles qui accomplissent le même travail sur deux sujets différents n'ont pas le même poids, l'irrigation sanguine tend à être inversement proportionnelle au poids de ces muscles, c'est-à-dire que la même somme de travail exige la même quantité de sang pour l'irrigation fonctionnelle des muscles, quelle que soit la masse de ceux-ci. Relativement à l'absorption d'oxygène, elle est environ vingt fois plus active pendant le travail que pendant le repos. Pendant le repos, tout l'oxygène absorbé par le muscle ne se retrouve pas dans l'acide carbonique excrété ; au contraire, pendant le travail, la quantité d'oxygène contenu dans l'acide carbonique que le muscle rend est supérieure à celle qu'il reçoit. Il y a donc, pendant l'inactivité, un emmagasinement d'oxygène qui est utilisé au moment du travail. De même, la quantité de carbone fourni au muscle en repos par la glycose qui disparaît du sang est supérieure à celle qui est alors transformée en acide carbonique, tandis que pendant l'activité la quantité de carbone brûlé est supérieure à celle fournie par la glycose ; il se fait donc pendant le repos une réserve de glycose, qui se consomme pendant le travail. Dans sa troisième note (23 mai), l'auteur donne la série des détails techniques de la méthode et des procédés opératoires à l'aide desquels il a entrepris l'étude de ces difficiles questions de physiologie générale, en expérimentant sur le muscle releveur de la lèvre supérieure chez le cheval.

Sur ce muscle, on peut mesurer le travail mécanique en le comparant au travail chimique concomitant ; on peut aussi supprimer ce travail mécanique (section du tendon) et comparer l'activité de la circulation et les échanges gazeux, pendant la contraction, avant et après la section. On constate alors que la suppression du travail mécanique ne diminue nullement le travail chimique du muscle, et l'expérience, avec des aiguilles thermo-électriques, démontre alors que l'énergie chimique du muscle, non utilisée en travail mécanique, se manifeste sous forme de chaleur libre. Le travail chimique est donc nécessaire à un même degré à l'accomplissement même du raccourcissement musculaire, qu'il produise ou non du travail mécanique extérieur. D'où il résulte que, dans le muscle, machine vivante, comme dans la machine à feu ordinaire, la majeure partie de l'énergie résultant du travail chimique serait dépensée à la préparation de la mise en tension de l'appareil de mouvement ; car, qu'il y ait travail ou non, l'énergie résultant des actions nutritives et respiratoires du muscle se manifeste ou est restituée, dans les deux cas, sous forme d'une grande quantité de chaleur libre, qui se disperse dans le corps d'abord, par le sang, puis dans le monde extérieur, par le rayonnement et l'évaporation. Enfin, dans une nouvelle note (1er août 1887), l'auteur arrive à montrer que, s'il se crée beaucoup de chaleur au moment où le muscle fonctionne, le travail n'en absorbe qu'une petite quantité ; cette partie transformée en travail n'est pas supérieure au

dixième de la quantité totale et oscille le plus souvent entre la septième et la huitième partie de cette quantité totale. Quant à la valeur du travail (note du 16 août) par unité de poids du muscle, elle peut varier considérablement suivant les conditions des sujets et de l'exercice des fonctions auxquelles participe le muscle. Mais à égalité de conditions, elle est la même chez les divers sujets. Pour le muscle releveur du cheval, dans les conditions ordinaires, où la préhension des aliments et la mastication s'exécutent suivant la régularité et l'activité habituelle, la valeur du travail peut être évaluée, par gramme de muscle et par minute de travail, à environ 14 grammètres, équivalent à 33 millionièmes de calorie.

M. DUVAL.

Contribution à l'étude de la calorimétrie chez l'homme, par P. LANGLOIS (*Journal de l'Anat. et de la Physiol., numéro de juillet* 1887, *et thèse de Paris*, 1887).

Ces études ont été faites avec l'appareil de Ch. Richet, dit calorimètre à siphon, dans lequel la mesure de la chaleur cédée par l'animal se fait par la dilatation de l'air ambiant ; c'est-à-dire que l'appareil réalise une sorte de vaste thermomètre à air, thermomètre périphérique qui totalise la chaleur rayonnante émise par l'animal. Les sujets d'observations ont été principalement des enfants, dans le service du professeur Grancher et aux Enfants assistés. Dans ces conditions, l'auteur a pu établir que la radiation thermique est fonction de la température extérieure, et paraît atteindre son maximum chez l'homme nu vers 18 degrés. Ce rayonnement thermique passe dans une journée par deux maxima, l'un vers 10 heures, l'autre vers 3 heures, correspondant aux maximums signalés dans l'absorption d'oxygène. Il existe une étroite relation entre la taille et la production de chaleur ; ainsi, un enfant de 7 kilogrammes perd, par unité de poids, deux fois et demie plus qu'un adulte de 60 kilogrammes, mais cette différence disparaît quand on compare les surfaces respectives des deux sujets ; en effet, la perte de chaleur par unité de surface est constante ; elle est de 8 micro-calories environ par centimètre carré. Dans les maladies avec hyperthermie, celle-ci n'est pas due, comme on l'a parfois prétendu, à une rétention permanente du calorique, mais bien à une réelle augmentation dans les combustions interstitielles ; en effet, la radiation est alors augmentée, et il existe toujours une relation directe avec la température et la radiation, sans qu'on puisse établir une loi précise entre les deux faits ; la thermogénèse et la température doivent donc être considérées comme en corrélation directe dans les maladies.

M. DUVAL.

Ueber die Grenzen der Wahrnehmung passiver Bewegungen (**Sur la limite de perception des mouvements passifs**), **par A. GOLDSCHEIDER** (*Centralblatt f. Physiol.*, *p.* 223, 1887).

Goldscheider immobilise la main gauche dans un moule en plâtre, puis fait imprimer par un aide de légers mouvements d'élévation et d'abaissement à un petit appareil dans lequel se trouve fixé le doigt indicateur (doigt entier, ou seulement les deux dernières phalanges, la première étant immobilisée avec la main). Ces mouvements s'inscrivent sur un cylindre enregistreur.

Les plus petits mouvements angulaires perceptibles sont représentés par les chiffres suivants:

Articulation interphalangienne	Articulation métacarpo-phalangienne
45'	30' 36"
46' 12"	28' 12"
42' 36"	22' 48"

Les déplacements de l'extrémité du doigt sont compris dans ces expériences, entre 0 mm 5 et 0 mm. 76

La perception du mouvement ne dépend pas seulement de l'étendue de l'excursion imprimée au doigt, mais aussi du temps pendant lequel l'excursion s'effectue. Dans les expériences dont les résultats numériques viennent d'être reproduits, la durée du mouvement ne dépasse pas 0. 06 seconde. Avec une durée plus faible (0.022 seconde) G... arriva à percevoir un déplacement angulaire de 21' dans l'articulation interphalangienne.

LÉON FREDERICQ.

Studien über die Innervation der Athembewegungen (Études sur l'innervation des mouvements respiratoires), par O. LANGENDORFF (7e, 8e *et* 9e *communications, Archiv f. Physiologie, p.* 237, 285 *et* 289, 1887).

La septième communication de Langendorff contient l'analyse critique des travaux les plus récents sur l'innervation respiratoire (Mislawsky, Gierke, Knoll, Marckwald et Kronecker, Léon Fredericq, Wertheimer et Mosso).

La huitième communication est consacrée à la question de savoir si les centres respiratoires de la moelle allongée agissent encore, alors qu'on les a isolés de la plupart des nerfs sensibles du corps ; en d'autres termes, si leur activité est de nature *automatique* et peut s'exercer en dehors de toute innervation réflexe, comme Rosenthal l'avait affirmé pour le lapin.

Langendorff confirme le fait pour la grenouille. La respiration peut continuer régulièrement chez cet animal, après ablation des hémisphères cérébraux et du cerveau moyen; section transversale de la moelle immédiatement en dessous des centres respiratoires et extirpation du cœur et des poumons.

La neuvième communication se rapporte à l'hémisection de la moelle allongée. Après cette opération, la respiration cesse généralement du côté opéré. Mais cet arrêt est dû, non à la destruction d'un centre respiratoire moteur, mais bien plutôt au choc chirurgical et à l'excitation d'appareils d'inhibition. En effet, l'arrêt respiratoire unilatéral n'est que temporaire : bientôt les muscles respiratoires du côté opéré reprennent leur activité rythmée. C'est un nouvel argument en faveur de la doctrine des centres respiratoires spinaux, soutenue par Brown-Séquard, Langendorff, Wertheimer, etc.

LÉON FREDERICQ.

Die Bedeutung der Nase und der ersten Athmungswege für die Respiration (Du rôle du nez et des premières voies respiratoires dans la respiration), par R. KAYSER (*Arch. f. d. ges. Phys., XLI, p.* 127).

R. Kayser étudie l'échauffement de l'air à son passage dans le nez et le compare à l'échauffement dans son passage à travers la bouche et le pharynx. Un courant d'air de cinq litres pris à la température

extérieure de 10° à 12°, s'échauffe à 31° en traversant les voies nasales en 30 secondes et 29° seulement en traversant la bouche à moitié ouverte et le pharynx. Dans les deux cas il se sature d'humidité à la température correspondante, et par conséquent il prend plus d'eau dans la voie nasale que dans la bouche et le pharynx. L'auteur examine ensuite l'échauffement et l'humidification de l'air circulant dans un tube étroit, assimilable à la trachée et aux bronches et enfin le dépôt de poussière qui se forme dans les voies nasales. Il conclut que, en premier lieu, ce n'est point le poumon qui réchauffe l'air et le sature.

Aschenbrandt, Rosenthal et Vierordt ont déjà dit que ces deux phénomènes s'accomplissaient dans les voies supérieures et non dans les alvéoles. Ils sont la fonction des voies respiratoires, non des alvéoles. Et dans ces voies respiratoires il y a à faire la part des voies d'introduction, narines, pharynx et bouche : c'est là que l'air puise les 5/6 de sa vapeur d'eau et de son échauffement, au moins aux températures moyennes et fraîches. A mesure que la température s'abaisse, cette source diminue d'importance, tout en restant considérable. Ces parties constituent donc un appareil de protection pour le poumon lui-même. La respiration nasale n'est pas, à cet égard, aussi supérieure à la respiration buccale que l'on eût pu le croire. DASTRE.

De l'action des acides sur le goût, par J. CORIN (*Bulletin de l'Acad. roy. de Belgique, XIV, n° 9, 1887*).

La plupart des acides ont identiquement le même goût : l'intensité seule de la saveur varie. Jusqu'où va cette relation entre l'action gustative et la fonction chimique ? L'une peut-elle servir de mesure à l'autre ? Telle est la question que Corin a cherché à résoudre. Il a composé, avec les acides chlorhydrique, nitrique, formique, acétique, etc., des limonades contenant la même quantité d'hydrogène basique, et il est arrivé, en les goûtant, à un résultat tout à fait inattendu : ces solutions équivalentes au point de vue chimique, ne le sont pas au point de vue du goût. Une molécule d'acide chlorhydrique (c'est-à-dire une quantité d'acide chlorhydrique proportionnelle au poids moléculaire) exerce sur la langue une action plus forte qu'une molécule d'acide nitrique ; celle-ci, à son tour est plus acide au goût qu'une molécule d'acide formique ou lactique, etc.

En classant les acides de même basicité d'après l'intensité de la saveur acide de leur molécule, Corin est arrivé à ce second résultat curieux, que la saveur d'une molécule d'acide est d'autant plus forte que cette molécule est plus légère. L'action qu'un atome d'hydrogène basique exerce sur la langue est donc d'autant plus marquée que la molécule dont il fait partie a un poids plus faible. Cependant la proportionnalité ne paraît pas rigoureuse : d'autres facteurs que le poids moléculaire interviennent sans doute pour déterminer l'intensité de la saveur aigrelette d'un atome d'hydrogène basique. LÉON FREDERICQ.

Ueber die postmortale Zuckerbildung in der Leber (Sur la formation du sucre dans le foie après la mort), par H. GIRARD (*Archiv f. d. ges. Phys., Band XLI, p. 294.*)

Seegen trouve toujours 5/1000e de sucre dans le foie des animaux

vivants et cette quantité ne varie point de 1/1000e avec l'espèce animale. Selon lui, le sucre du foie ne vient ni du glycogène, ni des hydrates de carbone, mais de la graisse et des albuminoïdes hépatiques. Cette théorie n'a point de base solide. En premier lieu, l'auteur du présent travail constate que le foie des animaux vivants, souris, rats, grenouilles, crapauds, lapins, chiens, chats, ne contient que des quantités de sucre insignifiantes qu'il évalue au plus à 5 pour 10,000. Le second point de la théorie de Seegen et Krutschmer est relatif à la disparition du glycogène qui ne serait pas en rapport avec la production du sucre du foie. Ils ont constaté après 48 heures une élévation notable du sucre total, c'est-à-dire du sucre formé et de celui qui correspond aux hydrates de carbone, glycogène, etc., transformables en sucre. Cet excès devait avoir une autre origine que le glycogène. Girard considère que les déterminations de Seegen et Kratschmer sont entachées d'erreur : ils déterminent le glycogène par transformation en glucose et ils trouvent moins de glycogène qu'il n'y en a. J'ajoute que les équations et le raisonnement de H. Girard sont eux-mêmes erronés en un point qui ne touche pas d'ailleurs au fond de la question. H. Girard répète les expériences de détermination de sucre et de glycogène : les résultats rassemblés en un tableau montrent que la quantité de glycogène disparue est plus que suffisante pour expliquer la production du sucre. D'après ces chiffres, la destruction serait même exagérée. Enfin, l'auteur a examiné des animaux (chiens) mourant de la morve : il n'y a rencontré ni glycogène, ni sucre; après 48 ou 56 heures l'état était le même. Après 12 heures, cependant, le foie avait été capable de saccharifier une solution de glycogène qu'on y avait artificiellement mélangée. — Ces foies privés de sucre mis au contact des peptones ne les transforment point en sucre. — Le sang favoriserait la transformation du glycogène dans le foie. D'autres tissus où le sang s'est arrêté en stagnation peuvent acquérir la faculté de transformer le glycogène en sucre. DASTRE.

L'excitation du foie par l'électricité augmente-t-elle la quantité d'urée contenue dans le sang, par GRÉHANT et MISLAWSKY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 16 *août* 1887).

Comme Stolnikow l'a indiqué, l'excitation du foie par l'électricité peut augmenter la quantité d'urée excrétée en 24 heures; mais en analysant le sang des vaisseaux du foie, on n'observe de variations de la quantité d'urée que dans le sang artériel, le sang des veines sus-hépatiques ne présentant à cet égard aucune variation. Le volume de bile secrétée avant, pendant et après l'excitation, ne diffère pas non plus. L'excitation électrique du foie n'a donc pas d'influence sur la production de l'urée dans cet organe, et les variations d'urée constatées dans ces circonstances tiennent à une autre cause qu'il s'agit de rechercher. M. D.

La glycose, le glycogène, la glycogénie en rapport avec la production de chaleur et de travail dans l'économie animale, par A. CHAUVEAU (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 22 *et* 29 *novembre et* 13 *décembre* 1886).

Le sucre, que produit incessamment le foie, n'est pas détruit dans le poumon, comme l'avait pensé d'abord Claude Bernard, mais bien dans

les capillaires généraux. En effet, le sang du cœur gauche est aussi sucré que celui du cœur droit, tandis que, dans les vaisseaux de la grande circulation, le sang veineux contient moins de sucre que le sang artériel. D'autre part, en comparant le sang de deux organes dont l'activité thermogène, à l'état physiologique, est très inégale, on constate toujours que la destruction incessante de la glycose est beaucoup plus active dans celui de ces organes où les combustions organiques le sont elles-mêmes davantage. Ainsi en opérant comparativement sur le muscle masséter et sur la glande parotide, on trouve que si la consommation d'oxygène est, pour le muscle, représentée par 41, elle est représentée par 8 pour la glande, c'est-à-dire que les combustions musculaires sont près de cinq fois plus actives que les glandulaires. Or, en recherchant semblablement la quantité de glycose absorbée dans ces deux organes par la transformation du sang artériel en sang veineux, on trouve que le chiffre 125 représente la consommation du muscle en glycose, et le chiffre 22 celle de la glande. C'est une proportion sensiblement approchée de celle qui représente l'activité relative des combustions dans ces deux organes. On peut donc dire que la quantité de chaleur produite au sein des tissus animaux, toujours proportionnelle à l'intensité des combustions, se montre également en rapport avec l'absorption de la glycose du sang dans le système capillaire.

Ces relations se manifestent d'une manière encore plus frappante lorsque l'expérimentation porte sur des organes en pleine activité. Ici encore, le masséter et la parotide, chez le cheval, peuvent être choisis comme objets d'étude, puisque leurs fonctions s'exercent simultanément, et qu'il est loisible de les provoquer ou de les faire cesser à volonté. Or, pendant l'activité du masséter, les combustions (absorption d'oxygène) sont trois fois et demie plus actives qu'au repos, et la quantité de glycose qui, dans ce même temps d'activité, disparaît du sang dans la traversée du muscle, est précisément trois fois et demie plus considérable qu'à l'état de repos. Au contraire, dans la glande en activité, la supériorité sur l'état de repos, pour l'absorption d'oxygène, comme pour celle de glycose, est à peine de moitié. On peut donc dire que, pendant le travail physiologique, la quantité de glycose qui disparaît dans le système capillaire devient plus considérable et est proportionnée à la suractivité des combustions, puisqu'il y a peu de sucre consommé en plus dans les organes où ces combustions sont peu augmentées et qu'il y en a beaucoup dans les organes où la suractivité des combustions est grande.

La production de la chaleur et du travail mécanique est si bien liée, dans l'économie animale, à la fonction glycogénique et à la combustion de la glycose, que le foie verse cette substance plus abondamment dans le sang quand un ou plusieurs appareils d'organes fonctionnent activement. A l'inverse, quand, à la limite extrême de l'abstinence prolongée, le foie ne reçoit plus, de l'économie épuisée, les matériaux nécessaires à l'exercice de la fonction glycogénique, le sucre disparaît complètement de la masse du sang, d'où arrêt des combustions, refroidissement et mort.

M. DUVAL.

Beiträge zur Kenntniss des Glycogens (Contribution à la connaissance du glycogène), par A. CRAMER (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 67).

L'auteur détermine le glycogène par le procédé de Külz ; il applique ces déterminations à l'investigation d'un grand nombre d'organes. Les deux moitiés du corps d'animaux fraîchement tués ou d'embryons humains contiennent les mêmes quantités de glycogène. Cela est vrai en particulier de la musculature. Les différentes parties du foie en donnent des quantités relatives égales ; ou, en d'autres termes, le glycogène y est également réparti, ainsi que l'avaient supposé les physiologistes, depuis von Wittich. De là la possibilité de conclure d'après une analyse partielle. Parmi les organes de l'animal, il n'y en a que deux à considérer au point de vue du glycogène, c'est le foie et la musculature. La détermination optique du glycogène est possible : elle n'est guère inférieure à l'analyse en poids. Le pouvoir rotatoire du glycogène est 200°,2. Les solutions aqueuses de glycogène peuvent être maintenues pendant six heures à l'autoclave à une pression de trois atmosphères, sans changement. Les muscles placés à la température de 40°, pendant quatre heures, subissent une perte notable de glycogène. La teneur en glycogène des divers groupes musculaires peut être différente. Elle est beaucoup moindre pour le cœur que pour les muscles du squelette ; elle diffère d'ailleurs d'un point du cœur à un autre. On a obtenu du glycogène de la peau d'un enfant mort-né et des cartilages d'un embryon de veau. DASTRE.

Wo wird der Schluckreflex ausgelöst ? (Quel est le point de départ du réflexe de la déglutition), par N. WASSILIEFF (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 29).

Le mouvement de la déglutition est un mouvement réflexe. Mais, chez l'homme, l'excitation mécanique d'aucun des points accessibles de la bouche, de l'isthme du pharynx, de la base de la langue, des parois du pharynx, ne peut provoquer ce réflexe à coup sûr. Si l'on exerce une friction sur la partie médiane de la langue jusqu'à la racine, ou au milieu de la partie fixe du pharynx, la langue se contracte en forme de cuiller, de manière à amoindrir le bol alimentaire et à lui préparer la route. Chez le lapin, la friction des régions antérieures du pharynx détermine très sûrement un réflexe de déglutition. Cette partie s'étend des deux côtés de la ligne médiane de la partie molle du palais dans une largeur de deux à cinq millimètres, sur une longueur de 2 centimètres environ. L'excitation de la ligne médiane elle-même n'a pas d'effet. Cette excitation efficace est supprimée définitivement par la section des trijumeaux, temporairement par la cocaïne. Les mylohyoïdiens développent d'énergiques déglutitions aussi chez le lapin. D'autres régions innervées par le nerf laryngé supérieur peuvent aussi être le point de départ de ces mouvements. L'excitation du glossopharyngien exerce sur eux une action inhibitoire. Chez l'homme, ce réflexe naît au moment où la masse alimentaire arrive derrière le voile et est pressée dans la région des tonsilles. L'excitation du pharynx, même par une simple pression musculaire, empêche la déglutition. DASTRE.

Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung des Indigkarmins durch die Nieren (Recherches expérimentales sur l'élimination de l'indigo-carmin par les reins), par KABRHEL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 421, 1886).

Heidenhain, injectant du sulfindigotate de soude dans la jugulaire d'un lapin et ne trouvant pas la substance dans les éléments du glomérule, en conclut qu'elle traverse, non pas le glomérule, mais les cellules épithéliales à bâtonnets des canalicules urinifères, cellules où il retrouve à l'autopsie les cristaux bleus.

Les résultats de l'auteur sont comparables à ceux d'Heidenhain : il injecte le sulfindigotate de soude dans la veine abdominale d'une grenouille et le retrouve d'abord dans les lymphatiques, puis dans la membrane propre, plus tard dans les cellules, et enfin dans la lumière des canalicules. Il constate en outre que l'urée, agissant sur les cellules épithéliales des canalicules, accélère les sécrétions rénales.

Seulement l'indigo ne se présente pas sous la même forme chez le chien, chez le lapin et chez la grenouille ; et les grenouilles qui sont maintenues dans l'eau sécrètent, à la suite de l'injection, de l'urine bleue, sans que l'auteur puisse trouver la matière colorante dans le parenchyme rénal. L. GALLIARD.

Experimentelle Beiträge zur... (Contributions expérimentales à l'étude des mouvements intestinaux. Action de quelques produits excrémentitiels), par A. BOKAI (*Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmak.*, *XXIV*, *Heft* 3, *p.* 153).

L'auteur cherche à préciser l'action sur les mouvements de l'intestin de quelques acides et autres produits qui se forment constamment dans l'estomac et l'intestin sous l'influence du processus fermentatif qui s'accomplit normalement dans ces organes.

Les acides qu'il a expérimentés sont : les acides tartrique, acétique, succinique, formique, butyrique, propionique, caprylique et valérianique.

Il injectait les substances dans l'intestin à la dose de 1 centigramme en dissolution à 1/100.

On peut résumer les résultats qu'il a obtenus en disant que tous ces acides organiques constituent des stimulants de l'intestin. Les excitations produites sont uniquement périphériques et non d'origine réflexe. Elles provoquent non seulement de la diarrhée, mais encore, lorsque la dose d'acide est faible, un état catarrhal de l'appareil digestif, et son inflammation lorsque la dose en est forte. Cette excitation périphérique joue, sans doute, un rôle important dans le maintien des mouvements péristaltiques pendant une digestion normale et doit être la source de diarrhées lorsque, sous l'influence d'un processus fermentatif anormal et pathologique, ces acides se forment en plus grande quantité. Ajoutons que relativement à leur énergie descendante on peut grouper ces substances dans l'ordre suivant : acide lactique, acide succinique, acide valérianique, acide butyrique, acide formique, acide propionique, acide acétique et acide caprylique.

Les acides caprylique, valérianique, propionique, butyrique et formique provoquent la dilatation ; les acides acétique, succinique et lactique, le rétrécissement des vaisseaux.

Le phénol et l'indol qui, normalement, ne se rencontrent qu'en pro-

portions extrêmement faibles dans les fèces, mais peuvent y augmenter accidentellement, sont absolument indifférents à des doses physiologiques.

Il n'en est pas de même du scatol dont la production, dans l'intestin, accompagne plus spécialement certains états pathologiques (phtisie, catarrhe intestinal chronique, dyssenterie, etc.). Des doses de 2 milligrammes provoquent déjà, chez le lapin, des contractions énergiques de *l'intestin grêle* et du *rectum*, et même, chez les jeunes sujets, des spasmes toniques. Il se produit, en même temps, de la dilatation vasculaire. Il faut arriver aux doses de 10, 12 milligrammes pour exciter les autres parties de l'intestin. J. WINTER.

Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Darmbowegungen (Contributions expérimentales à l'étude des mouvements intestinaux. Action des gaz et action de l'hyperthermie), par A. BOKAI (*Archiv für experiment. Pathol. u. Pharm., Band XXIII, Heft* 3 *à* 6).

Pour éviter, dans ses recherches, les inconvénients qui résultent de l'exposition à l'air des intestins, l'auteur, suivant la méthode de Sanders-Ezn, plonge les animaux jusqu'à la tête dans un bain à 38° de Na Cl à 0,6 0/0.

Les gaz que l'on rencontre dans l'intestin, soit normalement soit sous des influences pathologiques, sont : O; Az; H; CO^2; CH^4; H^2S.

En injectant ces gaz isolément et à l'état pur dans des portions quelconques de l'intestin, sous des pressions généralement faibles, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'azote et l'hydrogène ne provoquent aucun mouvement intestinal ; ils sont indifférents ;

2° L'acide carbonique (CO^2), provoque, par une simple action locale en irritant automatiquement les extrémités des nerfs moteurs de la paroi intestinale, des mouvements péristaltiques très étendus ;

3° L'oxygène ne produit rien, mais il arrête les mouvements provoqués par l'acide carbonique. Il supprime également les mouvements qui surviennent pendant l'asphyxie et la saignée. La source des mouvements provoqués est la même dans ces divers cas et résulte de l'action combinée de l'excès de CO^2 et de l'absence d'O.

L'eau de chaux, qui, injectée seule, fait naître des mouvements intestinaux assez accusés, neutralise ceux de l'acide carbonique partout où elle se trouve en contact avec ce gaz ;

4° Le formène (CH^4), provoque des mouvements très énergiques. Son action est, d'ailleurs, comme celle de l'acide carbonique, tout à fait locale. L'oxygène est sans action sur ces mouvements ;

5° L'hydrogène sulfuré (H^2S), agit comme le formène, mais dans cette action interviennent probablement, son action propre locale, l'asphyxie et la formation de méthémoglobine sulfurée. L'oxygène n'arrête que partiellement ces mouvements. Le sous-nitrate de bismuth, partout où il arrive en contact avec H^2S, arrête la contraction de l'intestin en absorbant H^2S. Injecté tout seul, il fait lui-même naître de faibles contractions.

6° Ces dernières expériences permettent de comprendre par quel mécanisme le soufre et l'H^2S qui, en résulte, peuvent agir comme laxatifs, et comment certaines diarrhées peuvent céder parfois au traitement par le sous-nitrate de bismuth.

Dans la suite de ce travail, il expose ses expériences sur l'influence de la fièvre et de l'hyperthermie sur l'innervation et l'appareil musculaire de l'intestin. Voici les conclusions de ce travail :

1° La constipation chez les fiévreux résulte non seulement de la diminution de l'alimentation, mais surtout de la surexcitation des nerfs moteurs intestinaux occasionnée par la fièvre :

2° Cet état de surexcitation des nerfs est en corrélation directe avec l'élévation de la température du corps et en est une conséquence;

3° L'injection de chlorhydrate de morphine peut calmer cette surexcitation ;

4° Une température hyperpyrétique (42,5 chez le lapin), produit la parésie des nerfs modérateurs de l'intestin. J. WINTER.

CHIMIE MÉDICALE.

Die Ausgiebigkeit der Magen-und Dunndarmve dauung beim Pferde (Digestion stomacale et intestinale), par Herold GOLDSCHMIDT (*Zeitschrif für physiologische Chemie, II, p.* 286, 1887).

Les expériences furent faites sur des chevaux. L'animal mis en expérience était d'abord nourri avec de l'avoine, de la paille hachée et du foin, puis, pendant deux jours, nourri seulement avec du foin. Le cheval était alors soumis à la diète pendant 15 à 36 heures, puis il recevait une quantité d'avoine pesée et analysée d'avance, et après un temps variant de 1 1/2 heure à 2 heures depuis le dernier repas, l'animal était tué. Les intestins étaient alors enlevés et séparés de l'estomac par des ligatures, l'estomac détaché de l'intestin grêle, le cœcum et le côlon également séparés.

Les recherches chimiques eurent pour but de déterminer la marche de la digestion, c'est-à-dire de déterminer dans les différentes portions des organes de la digestion la quantité d'albumine et de peptone, les substances non azotées, les matières minérales, le résidu insoluble. Ce qui était en dissolution et ce qui était résorbé était considéré comme digéré.

Une recherche préalable confirma les différences déjà observées entre la partie pylorique et la partie œsophagienne de l'estomac pour l'activité de la digestion.

La séparation des parties insolubles et des parties solubles se fait en lavant une quantité pesée du contenu de l'estomac et en filtrant. Dans le liquide qui passa, on dosa l'albumine soluble, les matières privées d'azote et les éléments minéraux.

Les parties insolubles furent aussi analysées.

On obtint par soustraction la quantité de matières résorbées; ce ne sont d'ailleurs que des chiffres approximatifs.

L'auteur analysa de même le contenu des diverses parties de l'intestin. Il résume ses expériences dans des tableaux.

Des chiffres trouvés, il arrive à conclure qu'à la même distance des repas, la quantité d'albumine digérée n'est pas en rapport constant avec celle des matières privées d'azote.

En général, on peut dire qu'entre la première et la douzième heure après le repas, 30 à 70 0/0 d'albumine et 20 à 60 0/0 de matières non azotées sont digérées dans l'estomac, et que cette digestion augmente avec la durée du temps.

Les limites maxima de la digestion et de la résorption coïncident à peu près ensemble.

Dix heures après le repas, l'estomac contient une quantité minime de sucre.

Dans les expériences, on observa sur des chevaux, tués de 4 h. 30 à 8 heures après le repas, la digestion moins avancée dans la partie droite que dans la partie gauche de l'estomac.

La digestion dans l'intestin grêle présente de grandes différences individuelles.

La réaction dans le duodénum est neutre ou faiblement alcaline et plus loin toujours alcaline.

On y constate les réactions de l'albumine, de la peptone et du sucre. On peut conclure :

1° Que la digestion dans le cœcum est d'autant plus avancée que la digestion a duré plus longtemps;

2° Que, chez le cheval, la digestion dans l'intestin grêle est bien moins active que la digestion stomacale;

3° Qu'on trouve proportionnellement peu d'aliments dans l'intestin grêle, mais toujours beaucoup d'eau. E. H.

Ueber den Stickstoffgehalt der Verdauungssäfte bei Stickstofffreier Nahrung (Sur la quantité d'azote contenue dans les sucs digestifs après une nourriture privée d'azote), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, II, p.* 497, 1887).

Ce sujet a déjà été traité par Goldschmidt. Mais Ellenberger et Hofmeister se sont placés dans des conditions différentes. Ils ont fait leurs expériences sur des animaux nourris avec des aliments non azotés. Ils les soumirent pendant plusieurs jours à une nourriture pauvre en azote, puis pendant 24 ou 36 heures, ils leur firent prendre exclusivement de l'eau d'amidon et de la cellulose pure, les chevaux pendant 3 jours, les cochons, 36 heures. Ensuite les animaux furent tués ; on prit l'estomac, l'intestin grêle et le cœcum. Dans le côlon et le rectum on ne trouva seulement que les résidus des aliments.

Goldschmidt a calculé tout l'azote trouvé dans l'intestin comme représentant de l'albumine, ce qui est inexact car on sait qu'une partie de l'azote est à l'état de mucine et d'autres corps.

Les auteurs donnent la quantité d'albumine contenue dans ces divers organes.

Ils ont trouvé :

	Estomac.	Intestin grêle.	Cœcum.	Côlon.
Cochon	0,3 0/0	4,8 0/0	0,47 0/0	0,50 0/0
Cheval I	1,4 0/0	0,18 0/0	0,17 0/0	0,25 0/0
Cheval II	1,17 0/0	1,00 0/0	0,19 0/0	—

La plus grande quantité d'azote contenue dans l'estomac se trouva chez le cheval qui fut tué le plus longtemps après le repas.

La richesse en albumine est proportionnelle à la quantité de liquide contenu dans l'estomac. E. H.

Ueber das Labferment im gesunden und kranken Magen... (**Sur le ferment de la caséine dans l'estomac sain et malade**), **par BOAS** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *n°* 23, *p.* 417, 1887).

Le ferment de la caséine serait un produit normal de l'estomac de l'homme. Le suc gastrique acide, filtré, puis neutralisé, placé dans une étuve, coagule la caséine du lait en 15 à 40 minutes. Ce ferment, comme la pepsine, existe constamment dans l'estomac. L'action de ce ferment est supprimée par un degré exagéré d'alcalinité; elle disparaît également à 20° C. Son existence est indépendante du degré d'acidité du suc gastrique.

Il peut disparaître dans certaines affections gastriques; il disparaît lorsque fait défaut l'acide chlorhydrique libre et dans le suc gastrique neutre.

Le ferment de la caséine persiste dans la dyspepsie simple, l'hyperacidité, l'hypersécrétion acide, l'ulcère rond, les névroses gastriques. Il manque dans les affections gastriques graves, le catarrhe chronique avec production de mucus en excès, l'atrophie de la muqueuse (4 cas) et le carcinome (2 cas). Sa recherche peut donc avoir une certaine importance, au même titre que la recherche de l'acide chlorhydrique.

A. MATHIEU.

Ueber den Gasgehalt menschlicher Secrete (**Sur la teneur en gaz des produits de sécrétion de l'homme**), **par R. KULZ** (*Zeitschrift für Biologie*, *XXIII*, *p.* 321, 1887).

La salive parotidienne recueillie chez l'homme au moyen d'une canule introduite dans le canal de Sténon, et soumise au vide de la pompe à mercure, fournit de 0 ^{cc} 84 à 1 ^{cc} 46 O, de 2 ^{cc} 37 à 3 ^{cc} 76 Az, et de 2 ^{cc} 31 à 4 ^{cc} 65 de CO^2 pour 100 centimètres cubes de salive. Par addition d'acide phosphorique, il se dégagea encore de 40 ^{cc} 17 à 62 ^{cc} 47 de CO^2.

Pflüger avait trouvé notablement moins d'oxygène et d'azote et plus d'acide carbonique, non combiné (salive sous-maxillaire du chien). L. F.

Zur Kenntniss der Eiweisskörper des Blutserums (**Contribution à l'étude des substances albuminoïdes du sérum sanguin**), **par KAUDER** (*Archiv für experimente Pathologie und Pharmak.*, *Band XX*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 411).

L'auteur a résumé les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Le sulfate d'ammoniaque se prête très bien à la précipitation fractionnée des matières albuminoïdes contenues dans le sang;

2° L'addition successive de ce sel au sérum du sang de bœuf détermine la précipitation complète de la globuline, résultat qui est obtenu aussitôt que le liquide renferme 24 ^{gr} 11 de sel pour 100 centimètres cubes de sérum, tandis que la sérum-albumine ne commence à se précipiter que

lorsque la proportion de sulfate d'ammoniaque est de 33 gr 55 pour 100 centimètres cubes de liquide;

3° Le procédé de Hofmeister (précipitation avec volume égal d'une solution saturée de sulfate d'ammoniaque) peut être substitué avantageusement au procédé de Denys Hammarsten pour la séparation de l'albumine et de la globuline;

4° La précipitation fractionnée de la globuline pure par le sulfate d'ammoniaque n'apporte aucun appui à l'hypothèse suivant laquelle la globuline se compose de deux substances distinctes;

5° Par contre, la précipitation fractionnée de la sérum-albumine a donné des résultats qui tendent à faire croire que la sérum-albumine est une substance albuminoïde complexe. E. RICKLIN.

Ueber die Einwirkung oxydirinder Agentien auf Hunereiweiss (Action des agents oxydants sur l'albumine de l'œuf), par C. WURTER (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, *XX*, *p.* 1030, 1887).

En précipitant l'albumine de l'œuf ou du sérum par du peroxyde d'hydrogène avec 1 0/0 d'acide lactique et 1 0/0 de sel marin dans une étuve maintenue à 37° ; l'auteur a vu que sous l'influence de l'oxygène de l'air il y avait une transformation de l'albumine de l'œuf en une substance semblable au fromage et à laquelle il a donné le nom de caséine de l'œuf (Eicasein).

On obtient dans ces conditions la coagulation de l'albumine sans dégagement de gaz, quelquefois on recueille une masse blanche à moitié liquide qui, par l'agitation ou l'addition de quelques fragments de peroxyde de manganèse, se coagule lentement, comme le lait sous l'influence de la presure. Les flocons coagulés adhèrent aux parois du vase et il est impossible de les recueillir. Il y a dans cette réaction une légère absorption d'oxygène.

Après avoir décomposé le peroxyde d'hydrogène qui l'entourait, la caséine de l'œuf fut mise en digestion à 37° avec de la pepsine et de l'acide chlorhydrique dans un eudiomètre et on n'observa pas de changement dans le volume de l'oxygène, il n'y eut donc pas absorption de gaz.

La caséine de l'œuf se transforme en corps semblables au mucus et à la corne.

La caséine fraîchement précipitée se dissout facilement dans l'ammoniaque étendue : une partie entre en dissolution, l'autre se transforme en corps gélatineux qui se dissout lentement dans la soude, et qui est encore digéré par la pepsine et l'acide chlorhydrique. En présence de l'hémoxyline elle se comporte comme les corps muqueux, et même en solution acide se colore en violet bleu. Le carmin la colore lentement en solution acide.

Quand on dessèche ce corps, il devient insoluble dans l'ammoniaque, et il n'est plus digéré par la pepsine et HCl.

Cette transformation de la caséine en corps muqueux explique selon l'auteur, les changements que l'albumine éprouve sous l'influence des agents oxydants qui la changent en matière insoluble. L'auteur déduit ensuite des conséquences physiologiques des faits qu'il a observés.

E. H.

Sur le dosage de l'urée, par A. CHRISTENSEN (*Nord. med. Ark., t. XVIII, n° 4 et n°s 8 à 12*).

Christensen propose une méthode de dosage de l'urée dans laquelle l'azote et l'acide carbonique peuvent être dosés à l'aide d'une seule et même analyse. Voici comment il procède : une quantité donnée d'urine est chauffée jusqu'à une température d'environ 200° Fahrenheit, on la passe ensuite dans un petit matras où l'on installe un petit flacon debout, contenant 2 ou 3 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré; on renverse ce flacon et l'acide carbonique entre dans un tube de Pettenkofer contenant de l'eau de baryte titrée. On fait passer ensuite par l'appareil de l'air dépouillé d'acide carbonique. Dès que l'eau de baryte s'est clarifiée, on ajoute à une partie un dixième d'acide chlorhydrique normal. Le sulfate d'ammoniaque resté dans le matras est distillé avec un excès de potasse, l'ammoniaque passe dans de l'acide sulfurique titré à 1/20 et se dose au moyen d'hyposulfite de potasse.

L'avantage de cette méthode serait de pouvoir, à l'aide de l'acide carbonique recueilli, rectifier le résultat obtenu à l'aide de l'azote seul, car il y a dans l'urine d'autres produits que l'urée, qui, en se décomposant, donnent naissance à de l'azote. C. GIRAUDEAU.

Ueber das Schicksal einiger Fermente im Organismus (Ce que deviennent quelques ferments dans l'organisme), par H. HOFFMANN (*Arch. f. d. ges. Physiol. XLI*).

On trouve dans l'urine humaine normale des quantités variables de pepsine et de ferment glycosique aussitôt après l'ingestion des aliments. Ces deux ferments sont à peine altérés par l'urine. L'urine humaine ne contient point de trypsine : elle détruit seulement de petites quantités de ce ferment, mais elle ne peut altérer de grandes quantités. Si, cependant, l'écoulement de la trypsine dans l'intestin est entravé, alors on la retrouve en abondance dans l'excrétion urinaire. Le même ferment se rencontre dans le foie, dans la rate et dans les reins de beaucoup d'animaux.

DASTRE.

Sopra l'esistenza dell'acetone nell'orina fisiologica dell'uomo, par MOSCATELLI (*Rivista clinica e terapeutica, p. 237, mai 1886*).

Après des recherches avec les réactifs de Lieben, Reynolds, Legal et Nobel, l'auteur conclut que l'urine physiologique ne contient pas d'acétone, et que la présence de cette matière dans l'urine indique toujours un état pathologique. L. GREFFIER.

Ueber die Spaltung der Säureester der Fettreihe und der aromatischen Verbindungen im Organismus und durch Pankreas (Sur le dédoublement des acides glycériques de la série grasse et des combinaisons aromatiques dans l'organisme et par le pancréas), par H. NENCKI (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XXII, Heft 5 et 6, p. 367*).

Avec la collaboration de plusieurs de ses élèves, Nencki a fait une série de recherches destinées à nous éclairer sur ce qui se passe dans l'intestin au contact des acides glycériques et du suc pancréatique.

Ainsi Blank a fait des expériences sur des chiens auxquels il admi-

nistrait de la glycérine, de l'acide benzoïque (tribenzoïcine), avec l'espoir de pouvoir évaluer la quantité de glycérine déboublée dans l'intestin, d'après la quantité d'acide hippurique qui passerait dans les urines. Incidemment, l'auteur indique un nouveau mode de préparation de la tribenzoïcine. Après administration à un chien de 5 grammes de ce produit ($C^3 H^5 O^3 (C^7 H^5 O^3)^3$, l'animal rendit par les urines une première fois 4 gr, 102 d'acide hippurique ; dans une autre expérience, 2 gr, 9. De là, l'auteur conclut que la quantité de tribenzoïne dédoublée dans l'intestin dépassait 60-54 0/0 de la quantité ingérée. Il attribue la résorption incomplète de la tribenzoïcine, constatée dans ses expériences sur les animaux, à ce que cette substance a un point de fusion très élevé (73°). D'ailleurs, il a été constaté que chez l'homme cette résorption s'effectue d'une façon complète.

Le dédoublement de la tribenzoïcine en acide benzoïque et en glycérine a pu être opéré également *in vitro*, au contact du suc pancréatique et en dehors de toute putréfaction. A la suite de ces premières expériences, Blank a étudié l'action que le pancréas exerce sur la graisse neutre avec ou sans intervention de la bile, avec ou sans intervention du processus de putréfaction. La graisse a été dédoublée en proportions assez notables, plus considérables quand l'action de la bile s'ajoutait à celle du suc pancréatique, tandis que la présence des schizomycètes de la putréfaction a été sans influence marquée sur la quantité de graisse dédoublée. Il a été constaté encore que le suc pancréatique dédouble l'acide hippurique en acide benzoïque et en glycocolle ; par contre, Blank n'a pas réussi à obtenir ce dédoublement avec l'*hystozym*, isolé des reins par Schmiedeberg.

Panoff, un autre élève de Nencki, a étudié l'action du pancréas sur les acides glycériques des alcools aromatiques (phénols). Les expériences faites sur des lapins et sur un chien avec le benzoate de phénol-éther ont fourni la preuve que ce produit se dédouble et que le phénol est éliminé à l'état de phénol-éther sulfurique. Le dédoublement s'opère dans l'intestin ; il peut être reproduit en dehors de l'organisme animal, au contact d'un mélange de tissu pancréatique et de glycérine, cette dernière ayant pour rôle de préserver le mélange du contact des schizomycètes.

D'autres expériences ont eu pour objet d'étudier le mode de dédoublement de l'acide éther-phénol benzoïque. Après administration de 3 grammes de cette substance à des animaux, on a retrouvé dans les urines 1gr,197 de phénol et 2 gr d'acide hippurique, alors que si le dédoublement avait porté sur la totalité de la substance ingérée, il eût fallu, d'après les évaluations théoriques, retrouver dans les urines, 1 gr, 42 de phénol et 2 gr, 71 d'acide hippurique. Au contact du tissu pancréatique, le dédoublement a pu être opéré également hors de l'organisme animal. En associant au tissu pancréatique des micro-organismes de la fermentation putride, on a pu voir que l'acide éther-phénol benzoïque se comportait comme un puissant antiseptique.

Tous les acides glycériques ne se dédoublent pas dans l'organisme animal. Ainsi l'acide éther-résorcine-salicylique échappe au dédoublement.

Il y a lieu de prévoir aussi que dans les circonstances qui réclament

une désinfection du conduit intestinal, ces acides glycériques aromatiques seront employés très avantageusement, tant en vertu de l'action antiseptique qui leur est propre qu'en vertu de celle qui revient à leurs produits de dédoublement. E. RICKLIN.

Ueber intravasculäre Gerinnungen (Coagulations intravasculaires), par L.-C. WOOLDRIDGE (*Archiv für Physiologie, phys. Abth. p.* 397, 1886).

L'extrait aqueux du testicule et du thymus du veau contient une substance précipitable par l'acide acétique et dont la solution (dans le carbonate de sodium dilué) injectée en quantité notable (1gr, 6 pour un chien de taille moyenne), dans la veine jugulaire du chien, du chat et du lapin, provoque rapidement la mort par coagulation intravasculaire.

Il s'agit probablement d'une combinaison d'albumine et de lécithine. La substance ne contient pas de ferment de la fibrine. Elle existe également dans le suc des ganglions lymphatiques et dans le stroma des globules rouges. C'est à sa présence, et non à celle de l'hémoglobine, que la solution des globules rouges devrait la propriété de provoquer la coagulation intravasculaire du fibrinogène. L. F.

Ueber aromatische Fäulnissproducte im menschlichen Schweisse (Sur les produits aromatiques de putréfaction dans la sueur de l'homme), par A. KAST (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, II, p.* 500, 1887).

Dans une série de recherches, l'auteur a trouvé que la sueur contenait des sulfates à l'état de sel sulfo-conjugué.

Il n'a pu trouver de phénol. Il y a reconnu la présence des acides oxyaromatiques oxygénés par la coloration rouge que la sueur prend à l'ébullition avec le réactif de Millon. Il chercha à déterminer l'acide sulfo-indoxylique avec le réactif de Jaffé, mais il n'obtint qu'une coloration rouge, caractéristique de la présence du scatol. E. H.

Ueber die chemischen Bestandtheile der Spaltpilze (Sur la composition chimique des champignons de dédoublement), par Livio VICENTI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, II, p.* 181, 1887).

L'auteur fit une culture de bacillus subtilis dans un extrait de viande, et chercha à déterminer si les champignons de dédoublement contiennent de l'amidon. Il les recueillit sur un filtre et les lava avec une solution de 3 grammes de soude dans un litre d'eau, et les traita pendant 12 heures par du suc gastrique artificiel, jusqu'à destruction de la réaction des peptones ; il épuisa ensuite avec de l'alcool et de l'éther et dessécha les matières. Il reconnut par les réactions suivantes qu'elles ne contenaient pas de cellulose.

1° La matière traitée par l'acide sulfurique concentré, puis additionnée de 10 ou 20 fois son volume d'eau et portée à l'ébullition pendant 3 ou 6 heures, ne donna aucune réaction avec une solution de soude et de sulfate de cuivre ;

2° L'iodure de potassium ioduré et l'acide sulfurique ne donnaient aucune réaction. E. H.

Ueber einige in einem Fall von sogenannter Wurstvergiftung... (Sur un cas d'empoisonnement par un saucisson préparé contenant des bases toxiques de la fermentation putride ; un bacille trouvé comme produit de décomposition dans ces matières), par Alex. EHRENBERG (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 239, 1887).

Un saucisson vénéneux fut préparé avec du foie. Plusieurs personnes ont été empoisonnées, dont deux moururent. Ehrenberg reconnut dans le saucisson l'odeur d'indol. 1,500 grammes du saucisson vénéneux furent laissés à dégérer pendant longtemps avec de l'eau acidulée d'acide chlorhydrique ; la masse fut recueillie sur un filtre humide, le résidu épuisé de nouveau et le nouveau liquide réuni au premier. Le résidu de l'évaporation faiblement acide fut épuisé par l'alcool, le liquide extractif filtré, évaporé, repris encore par l'eau, évaporé et épuisé de nouveau par l'alcool. La solution alcoolique claire fut précipitée par une solution alcoolique de chlorure de mercure ; le précipité filtré fut dissous dans l'eau bouillante. Une partie du sel double cristallisé par évaporation et décomposition par l'hydrogène sulfuré, il resta un chlorure que l'on dissout dans l'alcool et que l'on précipita avec une solution alcoolique de chlorure de platine. Le sel de platine cristallin est un chlorure de choline et de platine, comme le prouvent ses caractères et l'analyse. On le décomposa par l'hydrogène sulfuré et on isola le chlorhydrate de choline.

Dans la purification du sel de platine, on isola d'abord une seconde base, que la forme cristalline du sel double fit reconnaître pour du chlorure double de platine et de neuridine. Ce sel décomposé par l'hydrogène sulfuré donna le chlorhydrate de neuridine.

Ensuite il se déposa un sel double de diméthylamine, plus tard un sel double de triméthylamine, finalement ce résidu privé d'or et distillé avec de la potasse donna de l'ammoniaque.

On trouva donc dans ce saucisson, en plus de l'ammoniaque, de la choline, de la neuridine, de la diméthylamine, de la triméthylamine et probablement de la méthylamine.

Le poids total du chlorhydrate de ces divers sels était d'environ 3 grammes pour 1,500 grammes de saucisson. La majeure partie était de la triméthylamine, puis de la diméthylamine et de la choline.

On ne put donc isoler de base vénéneuse. La choline seule est toxique, mais à très forte dose. Ces sels, en effet, injectés sous la peau d'un lapin, n'amenèrent pas d'intoxication.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur s'attacha à isoler le bacillus subtilis et à l'ensemencer dans du sang défibriné et stérilisé, et dans des liquides, préparés en chauffant du foie pendant 3 jours au bain de sel marin, dans lesquels on introduisit du bacillus subtilis, sur des peptones de viande. Il obtint toujours les mêmes bases et ne parvint à isoler aucun composé toxique. E. HARDY.

I.— Ueber die Farbstoffe der melanotischen Sarcome (Sur les matières colorantes des sarcomes mélanotiques), par J. BERDEZ et NENCKI (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 346).

II.— Ueber die Pigmente der Choroida und der Haare (Sur les pigments de la choroïde et des cheveux, par SIEBER (*Ibidem, p.* 362).

I.— Les recherches de Berdez et Nencki ont porté sur un cas de sarcomatose mélanique chez l'homme. Pour l'extraction de la matière colorante des néoplasmes, ils ont utilisé le foie et la rate. Ces organes ont été hachés en menus fragments et traités successivement par l'alcool et par l'éther. L'extrait éthéré ainsi obtenu a été traité à son tour par de la lessive de potasse à 1 0/0, dans laquelle la matière colorante mélanotique s'est dissoute en majeure partie. Après neutralisation du liquide au moyen de l'acide chlorhydrique, cette matière colorante s'est précipitée avec un peu de matière albuminoïde, sous forme de flocons d'un brun rougeâtre. Après avoir isolé ces flocons par filtration, on les fait sécher d'abord sur du papier de soie, puis au bain-marie, et finalement dans l'étuve sèche (110°). L'exposition à cette dernière température fait que la matière albuminoïde se dissout moins bien dans une solution d'alcali. On pulvérise la masse, on la reprend par une solution d'hydrate de potasse à froid, et après avoir agité on filtre. En opérant rapidement, la plus grande partie de la matière albuminoïde est retenue sur le filtre. Pour débarrasser complètement la matière colorante de la matière albuminoïde, il faut, après avoir précipité et desséché la première, la faire bouillir avec de l'acide chlorhydrique. Une partie de la matière colorante se dissout avec la matière albuminoïde dans le liquide ; le reste peut être isolé par filtration. On le lave jusqu'à ce que le liquide qui passe ne soit plus troublé par l'addition de nitrate d'argent. On lave le produit une dernière fois avec un mélange d'alcool et d'éther et on dessèche à une température de 110°.

Le produit ainsi obtenu, que l'auteur propose de désigner sous le nom de *phymatorrhusin*, se présente sous l'aspect de petits grains noirâtres ; il est insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, soluble dans l'ammoniaque et dans les liquides alcalins ; l'addition d'acide chlorhydrique le précipite de ses dissolutions l'addition d'un excès d'acide redissout une partie du précipité. Cela tient à ce que le phymatorrhusin est légèrement soluble dans les acides minéraux, ainsi que dans l'acide acétique ; cette solubilité augmente avec le degré de concentration de l'acide. Le phymatorrhusin est également un peu soluble dans l'urine acide. Ses dissolutions alcalines ont une teinte d'un beau brun rougeâtre, qui passe au noir foncé quand le degré de concentration de la solution augmente. L'analyse spectrale ne fait pas découvrir de raies dans le spectre. L'acide nitrique détruit le phymatorrhusin en donnant naissance à une matière amorphe jaunâtre. Le chlore décolore les solutions alcalines, etc.

Les essais d'analyse élémentaire faits sur le phymatorrhusin ont donné des résultats propres à faire croire que cette matière colorante n'a pas été obtenue à un état parfaitement pur. Les résultats se chiffrent ainsi :

C. 53. 10 — 53. 9 0/0 ; H. 3. 82 — 4. 22 0/0. Az. 10.01 — 10.59 0/0 ; S. 10 04—Az. 13 °/₀.

Les auteurs ont poursuivi leurs recherches sur la matière colorante de

tumeurs sarcomateuses mélaniques provenant d'un cheval. La matière colorante qu'ils ont isolée de ces tumeurs et qu'ils appellent *hippomélanin* présente des différences assez notables avec le phymatorrhusin. L'analyse élémentaire a cependant donné des résultats assez concordants, sauf pour le soufre, qui n'existe dans l'hypomélanin que dans la proportion de 2.76 — 298 0/0.

Quant au reste, l'hippomélanin se présente sous l'aspect de grains noirâtres, amorphes, homogènes, insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, dans les acides et les alcalins à froid. Quand on la met en suspension dans des liquides acides ou alcalins et qu'on chauffe, l'hippomélanin ne se dissout que lentement et en petite quantité. Les dissolutions sont d'un jaune brunâtre. Cette matière colorante est d'une grande fixité. Elle résiste à l'action des alcalis caustiques. L'acide sulfurique ne fait que la dissoudre ; il faut soumettre le liquide à une ébullition prolongée, pour que l'hippomélanin s'oxyde en donnant naissance à de l'acide sulfureux. L'acide nitrique concentré l'oxyde beaucoup plus facilement. Le chlore la décolore. Enfin l'hippomélanin est plus hygroscopique encore que le phymatorrhusin, qui l'est à un degré assez considérable.

II. — Les résultats de l'analyse élémentaire de ces deux matières colorantes montrent qu'elles n'offrent aucunea nalogie de composition avec la matière colorante du sang ; il faut donc abandonner l'hypothèse qui fait provenir la matière colorante des tumeurs mélanoliques de l'hémoglobine. D'autre part, la grande richesse du phymatorrhusin en soufre est une preuve comme quoi la formation de cette matière colorante implique la désassimilation d'une grande quantité de matériaux albuminoïdes, quantité qui doit être colossale, comme c'était le cas chez le malade qui a fait l'objet des recherches de l'auteur, le foie à lui seul ne renferme pas moins de 500 grmmes de phymatorrhusin, sans compter ce qui s'était éliminé par les urines du vivant du sujet. Sieber a procédé à l'analyse du fragment de la choroïde (animaux bovins), en prenant bien soin d'isoler cette matière colorante de tout mélange de matière albuminoïde, par des manipulations appropriées. Les résultats des analyses portent : C. 60 0/0, H. 4, 6-5 0/0, Az. 40/0. Donc le pigment de la choroïde, contrairement à ce qui a lieu pour la matière mélanotique, ne renferme pas de soufre. Les analyses faites sur un pigment provenant d'yeux de porcs ont fourni des résultats sensiblement concordants.

Des cheveux humains, l'auteur a réussi à extraire une matière colorante amorphe, d'un brun noirâtre, contenant une proportion marquée mais variable (2.71-4.10 0/0) de soufre.

La matière colorante noire extraite des crins de cheval (queue) présente une constitution sensiblement analogue à celle de l'hippomélanin, et surtout à celle de l'acide hippomélanique (C. 5. 7. 6 ; H. 4. 2 ; Az 11. 6 ; S. 2. 1). E. RICKLIN.

Beiträge zur Lehre der Pigmentbildung in melanotischen Geschwülsten (Sur la formation du pigment dans les tumeurs mélaniques), par Oscar OPPENHEIMER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVI*, *Heft* 3, *p.* 515).

Dans les tumeurs mélaniques, on peut trouver deux variétés de pigment. L'un réuni en amas au voisinage des vaisseaux et provient de la résorption des globules rouges extravasés. L'autre est contenu dans les

cellules et ne provient pas directement du globule rouge. La caractéristique de ces deux sortes de pigments est tirée de l'analyse chimique : le premier est riche en fer comme l'hémoglobine, le second contient une proportion très considérable de soufre et paraît, par conséquent, dériver d'une destruction de substances albuminoïdes. Comme ces substances albuminoïdes doivent provenir du sang, l'auteur ne croit pas devoir faire deux formes distinctes des cancers mélaniques, puisque dans les deux cas le pigment a une origine hématogène. Dans le cas cependant de pigment contenant du soufre, il fait remarquer à la suite de Nencki que la production du pigment sulfureux nécessite la destruction d'une quantité « colossale » d'albumine. P. GALLOIS.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

De l'action du froid sur l'organisme vivant, par E. QUINQUAUD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 31 *mai* 1887).

En refroidissant un animal à sang chaud, on voit s'affaiblir la plupart des fonctions, tandis que les réflexes deviennent plus intenses, ainsi que Brown-Séquard l'avait signalé depuis longtemps. Quand la chaleur centrale descend à 25 degrés et au-dessous, l'excitabilité de la moelle est exaltée au point qu'il semble que l'on soit en présence d'un animal strychnisé. Cet état d'hyperexcitabilité est en rapport avec la teneur du sang en gaz ; en effet, le liquide sanguin arrive, au moment de la mort, à contenir, dans ces expériences, le maximum d'oxygène qu'il puisse absorber. D'autre part l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique diminue, et quand la température centrale descend à 25 degrés l'animal exhale deux fois moins d'acide carbonique qu'à l'état normal.

M. D.

Ueber künstliche Athmung und künstliche Herzbewegung (Respiration et circulation artificielles), par P. KRASKE (*XVIe congrès des chirurgiens allemands*).

Sur un enfant mort depuis un quart d'heure, Kraske vit sous l'influence de la respiration artificielle pratiquée par la méthode de Sylvestre les lèvres rougir, et la pupille se rétrécir. L'interruption et la reprise de la respiration artificielle firent disparaître et reparaître plusieurs fois ces phénomènes. Il a pu les reproduire sur des cadavres vieux de trois jours. Il est donc possible de faire une circulation artificielle. Seule la méthode de respiration artificielle de Sylvestre arrive à ce résultat, qu'on peut encore accentuer en pratiquant de temps en temps l'occlusion de la bouche et du nez pendant l'inspiration. Ainsi, l'aspiration thoracique est augmentée et le sang veineux de l'abdomen se précipite dans le cœur droit. Pendant les mouvements d'expiration, il faut comprimer l'abdomen, pour agir sur le cœur par l'intermédiaire du diaphragme. On peut ainsi produire une circulation faible à la vérité,

mais qui, dans les cas de paralysie du cœur par le chloroforme, permettrait peut-être de prolonger la vie jusqu'à ce que le chloroforme soit éliminé.

Dans un cas de tumeur cérébrale, Heusner a pratiqué la respiration artificielle aussitôt après la mort. Les lèvres rougirent, le pouls devint appréciable, mais au bout de quatre heures de respiration artificielle, la température tomba à 33°. Dans un autre cas, après trois heures de respiration artificielle, la malade, considérée comme morte, fut portée dans un bain où on recommença la respiration artificielle. Les mouvements respiratoires spontanés réapparurent. Mais cependant la malade mourut trois heures après.

Langenbuck, dans un cas de mort par le chloroforme, ouvrit rapidement le péritoine pour agir directement sur le cœur. Le visage se colora, mais ce fut tout. PIERRE DELBET.

Recherches sur la greffe oculaire ; expériences sur la greffe intrapéritonéale de l'œil, par BARABAN et ROHMER (*Arch. d'ophtalm.*, *VII*, *n.* 3 *et* 4, *p.* 214 *et* 289).

L'observation clinique a démontré l'insuccès complet de la greffe oculaire chez l'homme. Ces expériences confirment ces résultats et indiquent les altérations successives subies par l'œil transplanté.

Les auteurs ont choisi le péritoine de petits animaux, cobayes, pour que l'œil s'y trouve dans de meilleures conditions de température, de vascularisation et d'asepsie. Le résultat a été à peu près identique ; l'œil s'est rapidement atrophié et représentait un moignon informe. Si, dans certaines observations, l'atrophie a paru moins rapide chez l'homme, c'est que le cristallin qui se gonfle énormément dans tous les cas, n'avait pas eu le temps de se rétracter.

La vitalité ne persiste momentanément que dans les tissus conjonctifs de l'œil, conjonctive, sclérotique et cornée. On a observé en outre une rapide vascularisation et une transformation du tissu cornéen : les vaisseaux de nouvelle formation pénétraient dans toute l'épaisseur à travers le système lacunaire, d'où l'opacification cornéenne totale. Dans ces conditions, les auteurs seraient tentés d'admettre que même les tentatives de transplantation partielle de la cornée ne sont pas susceptibles de réussir. F. DE LAPERSONNE.

Ueber das Schicksal von Fremdkörpern in der Blutbahn (Sur le sort des corps étrangers dans les vaisseaux), par WILHELM SIEBEL (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIV*, *Heft* 3, *p.* 514).

L'auteur injecte dans les veines une solution de chlorure de sodium tenant en suspension du cinabre ou de l'indigo, dont les particules sont assez ténues pour traverser les plus fins capillaires. Il constate que les globules blancs les absorbent et jouent à leur égard un peu le rôle des phagocytes vis-à-vis des bactéries ; au bout de quelques heures, il ne reste plus de particules d'indigo par exemple dans le sérum. Les globules qui ont absorbé ces particules conservent leur vitalité, mais sont moins actifs que les autres. En même temps que l'on constate cette absorption par les leucocytes, on voit les particules étrangères sortir des

vaisseaux et être absorbées par les cellules de divers organes, en particulier de la rate et de la moelle osseuse ainsi que par les capillaires du foie. Les leucocytes contenant les particules colorantes peuvent sortir des vaisseaux et peuvent passer à l'état de cellules fixes du tissu conjonctif qui restent alors colorées, ou bien ils sont entraînés dans les lymphatiques et déposent leurs matières colorantes dans les ganglions. Dans certaines régions de nature adénoïde (amygdales, base de la langue, intestin), il se fait une véritable émigration de ces substances colorées à la surface de la muqueuse.

Dans le foie, les parois des capillaires retiennent longtemps les particules colorées, mais les laissent passer progressivement dans la bile. Ces corps étrangers peuvent donc être éliminés, mais cette élimination est assez lente pour que les régions sus-mentionnées conservent une coloration anormale permanente. P. GALLOIS.

Ueber den therapeutischen Werth der Salzwasserinfusion (Valeur thérapeutique de l'injection d'eau salée), par MAYDL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 165, 1887).

En réponse aux critiques de Kronecker, Maydl a institué de nouvelles expériences qui confirment, à ses yeux, les premières.

Quand on a déterminé, par hémorragie, la mort apparente, avec cessation de la respiration et du pouls, l'injection peut ranimer l'animal, mais pendant quelques heures seulement. Le succès de l'injection ne dépend donc pas, comme on l'a dit, de la pression du liquide injecté, mais de la quantité de sang qu'a perdue l'animal.

Dans les cas où l'on n'a pas attendu la mort apparente, l'animal peut survivre à l'injection. L. GALLIARD.

Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung... (Recherches expérimentales sur le développement des foyers de tuberculose osseuse), par W. MUELLER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXV*, *p.* 37-81).

La forme des foyers de tuberculose osseuse surpris au début, leur mode de distribution et leur multiplicité fréquente dans un même territoire artériel, ont porté Müller à croire que ces foyers étaient consécutifs à une embolie spécifique, dont le point de départ est souvent inappréciable à l'investigation clinique et ne peut, dans bien des cas, être découvert que péniblement à l'autopsie sous forme d'une lésion ganglionnaire ou pulmonaire parfois guérie.

Après de nombreux essais, il est arrivé à vérifier ce fait expérimentalement. En injectant des produits tuberculeux, sang ou crachats, dans le torrent circulatoire, il a pu déterminer chez 13 chèvres et 3 lapins des lésions osseuses tout à fait comparables à celles de l'homme et indépendantes de toute tuberculose généralisée, n'influençant qu'à peine l'état général de l'animal au moment où il l'a sacrifié.

Ces lésions osseuses se sont présentées sous trois formes principales : foyers circonscrits, ostéite tuberculeuse diffuse et tuberculose miliaire des os.

L'examen macroscopique et microscopique des pièces confirme le fait que cherchait à vérifier l'auteur : le développement de ces foyers de tuberculose par embolie artérielle. MAURICE HACHE.

Experimentelle Untersuchungen über den anatomischen Zustand der Gelenke bei andauernder Immobilisation derselben (Recherches expérimentales sur l'état anatomique des articulations longtemps immobilisées), par **Albert MOLL.** (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CV*, *Heft* 3, *p.* 466).

Albert Moll fixe une patte de derrière d'une série de lapins dans un appareil plâtré qui immobilise les deux articulations du genou et du cou-de-pied. Il divise ses animaux en trois séries. Dans la première, il se contente de cette simple immobilisation dont il vérifie les effets au bout de temps variables; dans la seconde, avant d'appliquer l'appareil, il fait une fracture au voisinage de l'articulation du genou ; dans la troisième, il étudie la réparation des altérations articulaires, après des tentatives de mobilisation.

Dans le premier cas, il constate que la première modification porte sur les muscles extenseurs qui se raccourcissent et qui limitent les mouvements. Ce sont pour lui les altérations musculaires qui constituent la lésion principale. Du côté du cartilage, les lésions observées n'aboutissent jamais à l'ankylose et n'opposent pas une gêne notable au rétablissement des mouvements. Il suffit, en effet, de sectionner les muscles pour rendre à l'articulation toute sa mobilité. Il se fait sur le cartilage des fossettes nouvelles aux points où se sont faites les pressions. En ces points, le cartilage est resté hyalin. Là où le cartilage n'était pas en contact avec l'os opposé, sa surface subit une transformation en tissu conjonctif (il opère sur des lapins de quelques mois).

Dans les cas où il a produit une fracture avant d'appliquer l'appareil plâtré, il y a du côté de l'articulation quelques phénomènes inflammatoires peu importants. Dans les cas où il y a une arthrite intense, elle est due aux lésions cutanées produites par la pression de l'appareil, il se produit alors des escarres avec perforation de la synoviale.

Enfin il étudie les modifications plus ou moins réparatrices produites par les tentatives faites pour rendre ses mouvements à une articulation primitivement immobilisée. Sur ses quatre expériences, la dernière est peu favorable ; les deux articulations du genou et du cou-de-pied contenaient un épanchement séreux hémorragique. Il croit devoir incriminer moins l'immobilisation que les tentatives de mobilisation. Dans les autres cas, les articulations avaient recouvré tous leurs mouvements. En somme, règle générale, les modifications survenues dans les articulations sont insuffisantes pour empêcher le retour des mouvements, ce sont les muscles qui, subissant l'atrophie d'inactivité, s'opposent au retour de la mobilité. P. GALLOIS.

Ueber die Erregung typischer Krampfanfälle, etc. (**Des accès convulsifs déterminés par l'action directe des substances chimiques sur les centres nerveux**), par **LANDOIS** (*Wien. med. Presse*, *n°* 7, *p.* 233, 1887).

L'auteur a mis les substances qu'on considère comme les agents de l'urémie en contact direct avec la surface du cerveau, le bulbe et la moelle des lapins. Il a employé le phosphate acide de chaux, la créatine, la créatinine, les sédiments uratiques, le carbonate d'ammoniaque, etc.

Parmi les résultats obtenus, le plus intéressant au point de vue clinique est le suivant : les poisons portés sur les circonvolutions déterminent,

pendant plus de deux jours, un état d'excitabilité qui se traduit par des convulsions caractéristiques périodiques. Les accès convulsifs sont séparés par des intervalles de repos absolu. Il semble donc que l'influence des matériaux toxiques existant dans le cerveau, d'abord latente, aboutisse à des décharges intermittentes qui sont le résultat d'excitations accumulées.

Ces phénomènes sont analogues à ceux qu'on observe dans l'urémie aiguë. L. GALLIARD.

Sur des procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes, par CHARRIN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *octobre* 1887).

Ces expériences, faites sur des lapins avec le micro-organisme de la pyocyanine, montrent qu'il est possible de donner à ces animaux une résistance spéciale à un microbe donné, et de rendre cette résistance plus ou moins complète et durable, en injectant préalablement les produits solubles des cultures de ce microbe. M. D.

The thermal death point of pathogenic organisms, par G. STERNBERG (*Am. Journ. of the med. Sc., juillet* 1887).

Mémoire important, plein de chiffres et de recherches expérimentales, par cela même difficile à analyser. En voici les conclusions générales.

La température nécessaire pour tuer les microbes pathogènes varie pour les différentes espèces, et, en l'absence de spores, dans des limites d'environ 18° F.

La température de 132°, 8 F. tue les bacilles du charbon, de la fièvre typhoïde, de la morve, les spirilles du choléra asiatique, le coccus de l'érysipèle, le virus du vaccin, et probablement encore les microbes d'autres maladies infectieuses.

A 143°, 6 F. meurent tous les microbes, pathogènes ou non, expérimentés; pourvu qu'il n'y ait pas de spores (sauf dans un cas cependant de *sarcina lutea*).

Une température de 212° F., maintenue pendant cinq minutes, détruit les spores de tous les microbes pathogènes expérimentés.

Il est probable que quelques-uns des bacilles qui sont tués par une température de 140° F., forment des spores endogènes que cette température suffit également à détruire. A. CHAUFFARD.

Des caractères anatomo-pathologiques généraux des lésions de cause microbienne, par BARD (*Archives de physiologie*, 15 *février* 1887).

Les lésions de cause microbienne sont aussi spécifiques que les parasites qui les déterminent. Le tubercule, la gomme et l'abcès métastatique par exemple, trois lésions de cause microbienne qui, au premier abord sont assez semblables, peuvent être facilement distingués à l'œil nu. Au microscope, les caractères différentiels sont de même faciles à saisir: si en effet le tubercule, la gomme et l'abcès naissent également dans le tissu conjonctif, s'ils résultent également de la prolifération des cellules de ce tissu, les cellules proliférées ne tardent pas, dans chacun de ces processus, à subir une dégénérescence spéciale et typique.

Cette dégénérescence est l'effet d'une véritable fermentation des cel-

lules conjonctives ; les autres cellules ne présentent que des altérations qui sont manifestement secondaires et réactionnelles.

Si un seul type cellulaire fournit du tubercule, de la gomme et de l'abcès, il en est de même dans les autres lésions de cause microbienne : les choses se passent comme si les parasites ne choisissaient qu'un seul élément cellulaire pour le frapper de prolifération d'abord et d'une fermentation spéciale ensuite. Les complications qui surviennent au cours des maladies infectieuses ne sont donc pas des produits de la maladie primitive, mais bien, au contraire, le fait de véritables additions morbides et de la germination parallèle de plusieurs parasites vivant côte à côte dans un même organisme, mais sur des terrains cellulaires différents. Les parasites sont peu nombreux qui peuvent frapper simultanément deux ou plusieurs types cellulaires et par suite sont rares les lésions disséminées qui résultent de l'action d'un seul et même parasite. A. GILBERT.

I. — Contribution à l'étude des altérations histologiques du système nerveux dans la rage expérimentale, par GOLGI (*Arch. ital. de biol., p.* 192, *mai* 1887).

II. — Sur les lésions rabiques, par GAMALEIA (*Ann. de l'Institut Pasteur, avril* 1887).

III. — An experimental research upon rabies, par H. ERNST (*Americ. journ. of the med. sc., avril* 1887).

IV. — Sur la vaccination intensive des chiens inoculés de la rage par trépanation, par BARDACH (*Annal. de l'Institut Pasteur, février* 1887).

V. — Étude sur la rage paralytique chez l'homme, par GAMALEIA (*Ibidem, février* 1887).

VI. — La rage paralytique, par YGOUF (*Thèse de Paris*, 1887).

I. — Sur des lapins inoculés par trépanation, Golgi a trouvé dans les cellules nerveuses du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée et de la moelle épinière (cornes postérieures principalement) une altération des noyaux ; ceux-ci étaient représentés par une masse irrégulière beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, n'ayant pas une structure définie, à contour souvent dentelé et très fortement coloré par les substances qui ont une action élective prononcée sur la chromatine. Golgi dit que pour l'instant il lui est impossible de préciser davantage la nature de cette altération. C. GIRAUDEAU.

II. — Gamaleia déduit de ses autopsies que, dans tous les cas de rage paralytique, dans la grande majorité des cas de rage des loups, et souvent aussi dans la rage commune, on constate dans la moelle des lésions ordinairement dispersées en îlots, et consistant en un ramollissement blanc des cordons latéraux et postérieurs. Dans les cas où les symptômes paralytiques durent longtemps, aux lésions précitées s'ajoute l'altération des centres gris correspondants (épanchements sanguins, ramollissement). Comme le ramollissement blanc est un phénomène secondaire, nous devons conclure que la rage médullaire est caractérisée par la nécrose en foyers. Il faut ajouter que des ilôts de ramollissement se rencontrent aussi dans les centres nerveux autres que la moelle, sans que l'on puisse indiquer leur siège d'une façon précise.

Suit l'interprétation pathogénique de ces lésions.

III. — Le mémoire important de Ernst rapporte les nombreuses expériences de l'auteur sur la rage et son traitement par la méthode de Pasteur. Les conclusions auxquelles il arrive sont toutes confirmatives des faits énoncés par Pasteur : existence d'un virus spécifique dans l'axe cérébro-spinal des animaux inoculés par le savant français ; constance des résultats donnés par l'inoculation sous la dure-mère ; amoindrissement de la virulence des moelles épinières placées dans une atmosphère sèche et à une température égale ; valeur préservatrice enfin, contre la rage inoculée, des injections sous-cutanées du virus modifié. De plus, une chaleur même modérée détruit l'activité du virus, tandis que la congélation ne l'altère pas.

Les conditions de complète indépendance personnelle dans lesquelles ont été poursuivies ces recherches ajoutent encore à la valeur de ces conclusions.

IV. — Les expériences de Bardach comprennent 21 chiens, dont 6 ont servi de contrôle ; sur 15 chiens soumis à des vaccinations intensives, 9 (c'est-à-dire 60 0/0) survécurent. Comme l'inoculation sous la dure-mère sans vaccinations préventives donne une mortalité de 100 0/0, il en résulte que, même dans ces cas où le virus est mis en communication directe avec le système nerveux, les vaccinations intensives, faites après l'inoculation, rendent l'organisme réfractaire dans la majorité des cas.

A. CHAUFFARD.

V et VI.— La rage paralytique d'emblée existe chez l'homme ; les paralysies rabiques sont primitives, et pas du tout les conséquences des excitations ou convulsions qui les ont précédées. La vérité de ces deux propositions est démontrée par des observations que l'auteur groupe en trois séries, suivant que la paralysie est initiale et affecte ou non au début les membres mordus, ou suivant que les paralysies typiques surviennent après les symptômes communs de la rage.

Dans tous les cas, le tableau clinique est très net. Début par une forte fièvre, avec un malaise général, courbature, céphalalgie, vomissements. Puis viennent les douleurs localisées, ordinairement dans les membres mordus, et les douleurs en ceinture ; ces douleurs prémonitoires sont rares pour les morsures des membres inférieurs.

Ensuite apparaissent l'engourdissement, les contractions fibrillaires, l'ataxie, la parésie plus ou moins complète des muscles primitivement atteints ; la sensibilité reste normale, ou ne s'éteint que beaucoup plus tard.

Puis, marche envahissante de la paralysie, précédée ou accompagnée des douleurs correspondantes ; elle s'empare des autres membres, du tronc, du rectum et de la vessie, parfois même des muscles du visage, de la langue, des yeux.

La lésion du centre respiratoire est plus ou moins tardive ; elle amène le changement de la phase inspiratoire, la difficulté pour avaler les liquides, parfois des convulsions dyspnéiques des muscles non encore paralysés. Mort par paralysie cardiaque, après une durée extraordinairement longue de la maladie, sept jours et demi en moyenne.

Au point de vue étiologique, deux faits à relever : quantité abondante de virus inoculé ; terrain individuel prédisposé par l'alcoolisme ou l'hérédité névropathique.

Ces paralysies rabiques doivent être localisées dans les cornes antérieures de la moelle, avec participation à un degré variable du reste de la substance grise. C'est par l'intermédiaire des tubes nerveux eux-mêmes que le virus se propage du point d'inoculation jusqu'à l'axe cérébro-spinal.

A. CHAUFFARD.

I. — Sur la culture du bacille de la tuberculose, par NOCARD et ROUX (*Annales de l'Institut Pasteur, janvier* 1887).

II. — La tuberculose zoogléique, par A. CHANTEMESSE (*Ibidem, février* 1887).

I. — On sait combien il est difficile d'obtenir par la méthode de Koch (sérum gélatinisé) de bonnes cultures du bacille de la tuberculose. On y arrive au contraire sans difficultés en employant les milieux de culture glycérinés. Déjà le sérum gélatinisé et additionné de 6 à 8 0/0 du poids total de glycérine stérilisée donne de meilleurs résultats ; mais le procédé de beaucoup le plus satisfaisant consiste à ajouter 6 à 8 0/0 de glycérine à la gélose nutritive préparée à la façon ordinaire. Les cultures successives s'y font avec une régularité parfaite et dans un temps relativement court ; en quinze jours, le développement est infiniment plus abondant que sur le sérum après plusieurs semaines. En surface, les cultures forment une nappe blanchâtre d'égale épaisseur, qui devient un peu jaunâtre à la longue ; l'aspect en est gras, humide, demi-transparent.

Les bouillons de bœuf, de poule, glycérinés sont aussi de bons milieux de culture ; le développement, bien appréciable le huitième ou le dixième jour, est très considérable au bout de deux ou trois semaines. La température la plus favorable paraît être celle de 39°.

De belles photographies accompagnent ce mémoire et montrent l'aspect des différentes cultures.

II. — Relation d'un cas de tuberculose zoogléique expérimentale, ayant eu pour origine l'inoculation intra-abdominale chez des cobayes de fragments d'ouate, sur lesquels avait filtré une centaine de litres d'air puisé dans des salles où des malades atteints de tuberculose pulmonaire allaient se soumettre à des inhalations médicamenteuses. Mort des cobayes au bout de deux mois. A l'autopsie, lésions généralisées et intenses de tuberculose, en tout semblable à la tuberculose bacillaire expérimentale vulgaire ; mais pas de bacilles ; les nodules lymphoïdes présentent à leur centre des accumulations zoogléiques de microbes, avec nécrose de coagulation et réaction inflammatoire. Par leurs dimensions, leurs réactions micro-chimiques, ces masses zoogléiques répondent parfaitement aux descriptions de Malassez et Vignal, et d'Eberth.

L'auteur n'a pratiqué ni cultures ni inoculations en séries.

A. CHAUFFARD.

Étiologie de la morve, par LOEFFLER (*Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte zu Berlin. — Travaux de l'Institut impérial d'hygiène de Berlin, Band I,* 1886).

Löffler a constaté que plusieurs animaux peuvent être inoculés avec facilité, le cobaye, la souris des champs surtout ; trois à quatre jours

après l'inoculation sous-cutanée, il se forme au point inoculé une infiltration des téguments, suivie d'irritation des lymphatiques et des ganglions correspondants. Les viscères sont également rapidement envahis et l'on trouve des lésions multiples dans la plupart des organes (rate, foie et poumons).

La coloration du bacille de la morve s'obtient au moyen de la solution alcaline de bleu de méthylène de Löffler (1 centimètre cube d'une solution alcoolique de bleu de méthylène et 3 centimètres cubes d'une solution de potasse caustique au dix-millième) dans laquelle on laisse séjourner, soit les coupes, soit les lamelles pendant quelques minutes ; on décolore ensuite dans une solution d'acide acétique à 1 0/0, ou mieux dans un liquide composé de 10 centimètres cubes d'eau distillée, 2 gouttes d'acide sulfureux, et 1 goutte d'acide oxalique à 5 0/0.

Ce n'est que dans les cas très aigus que Löffler a pu constater la présence de bacilles dans le sang.

Le bacille de la morve présente une très grande résistance ; ainsi, après trois mois de desséchement, il peut encore se développer d'une façon active ; il ne semble pas cependant qu'il y ait formation de spores, puisque des antiseptiques divers détruisent la virulence du bacille.

La porte d'entrée de la maladie paraît toujours être une solution de continuité des téguments ; jusqu'à présent, en effet, on n'a pas de raisons suffisantes pour supposer une infection par le tube intestinal ; il est possible cependant que l'inoculation se fasse par les organes respiratoires, car parfois, quoique rarement, le poumon a été le seul organe trouvé malade.

Ajoutons enfin que le fœtus peut être contaminé par le virus morveux de la mère. W. ŒTTINGER.

Experimentelle Untersuchungen über Localisation von Krankheitsstoffen (Recherches expérimentales sur la localisation des agents morbigènes), par Karl HUBER (*Arch. f. path. An. u. Physiol., CVI, Heft* 1, *p.* 22).

L'auteur s'occupe presque exclusivement des maladies virulentes, en particulier du charbon. Il produit chez des lapins une inflammation violente du pavillon de l'oreille par l'application d'un tampon imbibé d'huile de croton. Il leur inocule ensuite le charbon par injection intra-veineuse. Pendant les premières heures qui suivent l'application de l'huile de croton, tant que l'inflammation produite se caractérise par de l'œdème, les bactéridies se rencontrent en grand nombre dans les vaisseaux. Plus tard lorsqu'il se produit de la suppuration, les bactéridies disparaissent, pour reparaître en très grand nombre pendant le travail de granulation qui est le processus réparateur. Au sujet de la disparition des bactéridies en présence du pus, il rappelle les expériences de Metschnikoff sur les phagocytes. A propos de la multiplication des bactéridies dans un milieu enflammé, mais non encore suppurant, il rappelle un grand nombre de travaux démontrant que l'inflammation favorise en général le développement des microorganismes sur le point enflammé, [diphtérie (Heubner), endocardite (Orth, Wyssokowitsch) ; ostéomyélite, tuberculose etc.]. Il termine par un rapprochement entre les maladies parasitaires et les néoplasmes qui se développent aussi de

préférence dans les régions soumises à des causes d'irritation (traumatismes, psoriasis, séborrhée sénile, etc.). P. GALLOIS.

Sur la récupération et l'augmentation de la virulence de la bactérie du charbon symptomatique, par NOCARD et ROUX (*Ann. de l'Inst. Pasteur, juin* 1887).

On sait que Arloing, Cornevin et Thomas ont montré que le virus du charbon symptomatique, atténué par la dessiccation et le chauffage, reprend sa virulence primitive si on le laisse pendant quelques heures au contact d'une solution d'acide lactique au cinquième.

D'après Nocard et Roux, le fait est exact, et voici comment leurs expériences montrent qu'il faut l'interpréter. L'acide lactique n'a point sur le microbe une action spécifique dont le résultat serait d'augmenter sa virulence ; mais, injecté dans les tissus avec le virus, il tue ou modifie assez profondément les cellules, qui ne peuvent plus entraver la germination des spores ; celles-ci se trouvent alors comme dans un milieu de culture sans défense.

Voici les conclusions expérimentales des auteurs : Un contact prolongé de l'acide lactique avec le virus atténué n'est pas nécessaire pour donner à celui-ci toute sa virulence. On peut injecter séparément le virus atténué et l'acide lactique, l'effet est le même que celui du virus resté préalablement au contact de l'acide. L'acide lactique n'a pas d'action spécifique, et peut être remplacé par l'acide acétique, le lactate de potasse, le chlorure de potassium, l'alcool étendu. Le virus atténué, mis en contact avec l'acide lactique, puis neutralisé et lavé, n'a pas augmenté de virulence. Le virus atténué manifeste de la virulence lorsqu'on l'injecte dans un muscle lésé sans intervention de l'acide lactique (à rapprocher de l'expérience de Chauveau sur la bistournage).

Mémoire du plus haut intérêt au point de vue de la pathologie générale. A. CHAUFFARD.

De l'action du virus charbonneux sur les embryons de poulet, par E. BAQUIS et A. MAFUGGI (*Riv. intern. di med.*, *n°* 8, 1886).

Les embryons de poulet, à toute époque de leur développement, possèdent l'immunité contre les inoculations charbonneuses. Celles-ci, pratiquées dans l'œuf pendant l'incubation, n'empêchent pas l'évolution de l'embryon. Les spores inoculées ne se développent ni dans l'albumine de l'œuf, ni dans l'area vasculosa, aussi longtemps que vit l'embryon ; mais elles existent dans le sang de celui-ci, et les cultures montrent qu'elles y ont conservé leur faculté de reproduction. A. CHAUFFARD.

Des effets de la salaison sur la virulence de la viande de porc charbonneuse, par F. PUECH (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 1er *août* 1887).

La salaison, telle qu'on la pratique dans les ménages, c'est-à-dire au moyen du sel marin exclusivement, détruit la virulence de la viande de porc charbonneuse, à condition que cette salaison soit bien complète, ce qu'on reconnaît facilement, avec de l'expérience, à la fermeté de la viande, et à l'aspect uniformément rouge de la coupe. M. D.

Beiträge zur Aetiologie der Pyœmie (Contribution à l'étiologie de la pyémie), par PAWLOWSKY (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, *n.* 24-25, 1887).

Des expériences entreprises sur des lapins amènent l'auteur à cette conclusion que la pyémie peut être déterminée par le staphylococcus aureus et par le streptococcus pyogenus. Ces deux organismes pathogènes ne sont cependant pas équivalents : avec le premier, on observe surtout des lésions des viscères ; avec le second, des lésions périphériques et surtout des arthrites. A. MATHIEU.

Bakteriologische Untersuchung des Inhaltes der Pockenpusteln (Recherches bactériologiques du contenu d'une pustule variolique), par Paul GUTTMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVI*, *Heft* 2, *p.* 296).

En inoculant divers tubes avec du pus de variole, Guttmann y a trouvé deux microbes : l'un qui n'était autre que le staphylococcus aureus, l'autre dont il n'a pu préciser la nature. Ce n'est pas la bactérie variolique, il n'est pas pathogène. Les cultures sont blanches, il ne liquéfie pas la gélatine, il se présente sous forme de mono, de diplo ou de staphylococcus. Il pense que c'est simplement un nouveau microbe du pus. P. GALLOIS.

Ueber die Aetiologie der akuten Meningitis cerebro-spinalis (Étiologie de la méningite cérébro-spinale), par WEICHSELBAUM (*Fortschritte der Medicin*, *n*os 18 *et* 19, 1887).

Weichselbaum, dans six cas de méningite cérébro-spinale, a eu l'occasion de faire des recherches bactériologiques complètes ; deux fois, il s'agissait de méningites déterminées par la présence du micrococcus de la pneumonie, tel qu'il a été décrit par Frænkel ; les cultures, les inoculations ne laissent, à cet égard, aucun doute. Il faut ajouter, en outre, que l'évolution de la méningite s'était faite en dehors de toute pneumonie et ne s'était accompagnée d'aucune complication pulmonaire ou cardiaque. Le diplococcus de la pneumonie n'est donc, en aucune façon, spécifique de la pneumonie, pas plus que la pneumonie n'est nécessairement et exclusivement déterminée par ce micro-organisme.

Ces faits, quelque intéressants qu'ils soient, ne sont cependant que la confirmation des recherches antérieures faites par d'autres auteurs. Il n'en est pas de même de la seconde partie du travail de Weichselbaum qui est tout à fait originale.

En effet, dans six autres cas de méningite, cet auteur a constaté la présence d'un micro-organisme tout à fait différent, qu'il appelle *diplococcus intra-cellulaire de la méningite*. Ce micro-organisme se développe surtout sur l'agar-agar, à la température de l'étuve ; sur la pomme de terre, on ne peut constater le moindre développement, et c'est à peine si, sur la gélatine peptonisée, on observe un léger nuage grisâtre ; en *platte-cultures*, le diplococcus de la méningite forme de petites colonies superficielles, arrondies ou un peu irrégulières, de coloration jaune brunâtre ; un des caractères principaux de ces diverses cultures, c'est que, très rapidement, elles perdent leur virulence ; trois jours après

l'ensemencement, on obtient difficilement de nouvelles cultures avec les anciennes, et, dans tous les cas, après six jours, les cultures ont perdu toute espèce de propriétés pathogènes.

Morphologiquement, ces micro-organismes sont représentés par des coccus, groupés le plus souvent deux par deux ou quatre par quatre; isolés, ces coccus sont arrondis, groupés, de sorte que les faces, qui se trouvent voisines les unes des autres, sont aplaties. Un caractère important, c'est que ces micro-organismes se trouvent dans l'intérieur des cellules, surtout dans les cellules du pus. Ils se colorent fort bien, à l'état frais par une solution aqueuse de bleu de méthylène, tandis que pour les coupes, il est préférable d'employer la solution de Löffler; ils sont décolorés par la méthode de Gram.

Ce micro-organisme est pathogène pour la plupart des animaux, mais spécialement pour les souris; il détermine la mort dans l'espace de 36 à 48 heures. Inoculé chez le chien sous la dure-mère après trépanation, il a déterminé la mort après un temps plus ou moins long, variant de un à douze jours; quoique les animaux n'eussent pas présenté le tableau classique de la méningite, l'autopsie a permis de retrouver des lésions cérébrales manifestes, congestion, foyers purulents, etc.

Il est probable que ce même micro-organisme avait été entrevu par Leichtenstern, Senator et Henoch, mais il n'avait pas été isolé.

Weichselbaum pense que les cavités nasales et les sinus voisins d'une part, que l'oreille d'autre part, sont les portes d'entrée les plus lhabituelles des microbes pathogènes de la méningite, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre des deux micro-organismes; il rappelle à cet égard les observatíons de Weigert et de Zaufal. W. ŒTTINGER.

Sur les formes bactériennes qu'on rencontre dans les tissus des individus morts de la fièvre jaune, par J.-B. de LACERDA (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 1er *août* 1887).

La bactérie décrite par Babès et Cornil se retrouve sans exception, et avec des caractères identiques (chaînettes formées par une série de granules légèrement allongés) dans le foie et les reins. Elle se distingue de toutes les autres par sa tendance à présenter des formes ramifiées (tige trifurquée, ou simplement en forme de compas ouvert). Dans le sang récent des malades, on retrouve des formes semblables. Cette bactérie constitue donc un type bien défini. M. D.

Nachweis von Erysipel-Coccen... (Présence du coccus de l'érysipèle dans l'air des salles de chirurgie), par Anton von EISELSBERG (*Archiv f. klin. Chir.*, *Band XXXV*, *Heft* 1).

L'auteur a d'abord fait des recherches dans le service de Billroth à un moment où les plaies ne présentaient aucune réaction; il ne trouva pas de coccus de l'érysipèle. Quelque temps après, quatre cas d'érysipèle étant survenus dans un service voisin, il renouvela ses recherches dans ce second service et trouva constamment dans l'air des cocci absolument semblables à ceux que Fehleisen a décrits. Les inoculations faites avec les cultures furent positives. Mais l'auteur fait remarquer que jusqu'à présent il n'y a pas un signe certain qui permette de distinguer le coccus

de l'érysipèle du streptococcus du pus. L'auteur s'est demandé ensuite comment le coccus érysipélateux pouvait se répandre dans l'air. Or, il a trouvé le microbe dans les plaques de desquamation et dans l'urine. Ce sont là sans doute les voies par lesquelles il se répand dans l'atmosphère. Quoi qu'il en soit, il est certain que le microbe de l'érysipèle existe dans l'air des salles où se trouvent des érysipélateux. La conséquence pratique de ce fait est importante : c'est qu'il ne suffit pas, pour éviter la contagion, d'avoir des chambres spéciales, il faut des locaux isolés et un personnel particulier. PIERRE DELBET.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

I. — Traité de pharmacie galénique, par E. BOURGOIN (*In*-8°, 2e *édit.*, *Paris* 1888).

II. — Traité de pharmacie théorique et pratique, par R. HUGUET (*In*-8, *Paris* 1888).

III. — Manuel de matière médicale, par R. BLONDEL (*In*-12, *Paris*, 1887).

I. — La 2e édition du livre devenu classique de Bourgoin a été complètement refondue et les formules ont été modifiées d'après les descriptions du nouveau Codex. Bien que l'auteur n'ait pas voulu écrire un traité didactique complet, toutes les questions afférentes à la pharmacie galénique y sont développées d'une façon claire et méthodique. Le premier livre, consacré aux généralités, comprend l'élection et la récolte des matières employées, minérales, animales ou végétales, et la série des opérations pharmaceutiques nécessaires pour la confection des médicaments. Dans le second livre, Bourgoin étudie les médicaments internes, hydrolés, teintures, vins, éthérolés, etc., les sirops, les conserves, les extraits. La 3e partie de l'ouvrage est consacrée aux médicaments externes, huiles, pommades, etc... Dans chaque chapitre, on trouvera les formules des préparations les plus usuelles, avec l'indication des variantes, les moyens de vérifier la pureté des préparations.

II. — L'ouvrage de Huguet a été rédigé plus en vue du praticien que le précédent. Après les préliminaires sur les opérations pharmaceutiques, dont le détail est rendu très clair par un luxe de figures peut-être exagéré (fig. de bassines, de balances), l'auteur divise les matières premières destinées à la pharmacie en médicaments organisés et en médicaments non organisés (règne animal et règne végétal). Cette partie purement pharmaco-chimique est complétée par un chapitre important, formes pharmaceutiques, où les préparations diverses, sucs, extraits, hydrolés, teintures sont étudiées avec grand soin. Le dernier chapitre de ce volume est rempli par un formulaire pharmaceutique des

plus complets, des préparations officinales et de préparations plus ou ou moins spéciales, mais courantes en pharmacie, formulaire qui offre au médecin une riche nomenclature. Les substances les plus récemment entrées dans la pratique, iodoforme, cocaïne, salicylates figurent dans ce répertoire : c'est dire qu'il est au courant des dernières recherches en thérapeutique.

III. — Le manuel de Blondel a été écrit pour faciliter aux praticiens et aux étudiants la connaissance des principales substances employées dans la pharmaco-thérapie. Ce n'est qu'un abrégé de matière médicale, mais conçu sous une forme originale, qui permet de revoir en quelques lignes l'histoire chimique, botanique d'une substance, de connaître ses usages, son mode d'emploi, qui résume en un mot, très clairement et sans rien omettre, les indications si multiples relatives aux divers médicaments. A. CARTAZ.

Action du foie sur les poisons, par G.-H. ROGER (*Thèse de Paris, mars* 1887).

Dans ce travail, l'auteur s'efforce de démontrer le rôle protecteur du foie contre l'envahissement et l'altération de l'organisme par les nombreux agents nuisibles et toxiques qui, se formant au sein même de cet organisme en voie continuelle de transformation et de renouvellement ou venant de l'extérieur, tendent à s'y fixer et à enrayer, par leur accumulation, la vie cellulaire et les échanges nutritifs qui en sont la conséquence.

En raison des nombreuses substances qui lui arrivent de l'intestin, la fonction du foie est multiple. Il protège l'organisme soit en transformant, soit en accumulant les substances toxiques pour, ensuite, les déverser peu à peu dans le torrent circulatoire, soit encore en diminuant l'intensité des fermentations intestinales par l'action antiseptique de la bile.

Dans un premier chapitre, l'auteur étudie la toxicité des sels de potasse et de soude et l'action du foie sur ces sels. L'action toxique de ces sels est mise en relief par une série d'expériences consistant en injections intraveineuses, à des animaux, de solutions titrées de KCl et d'urines privées ou non de leurs sels alcalins. La toxicité des urines diminue de 45 0/0 en l'absence de ces sels.

Des injections de solutions titrées de KCl, avec ou sans la ligature de la veine porte, permettent de constater que les choses se passent dans les deux cas exactement de la même façon ; le foie n'arrête nullement ces sels, par conséquent leur accumulation dans l'organisme doit amener des effets toxiques. Les sels de soude agissent de même, tandis que les métaux lourds sont en partie retenus par le foie.

Dans les deux chapitres suivants, l'auteur étudie l'action du foie sur les alcaloïdes végétaux et animaux et sur divers produits, tels que les peptones. Reprenant et étudiant les travaux de Heger, de Schiff et de Lautenbach, Roger constate, par une série d'expériences, fort bien conduites, sur diverses espèces animales (grenouilles, cobayes, lapins, chiens) que le foie *arrête la moitié* environ des alcaloïdes qui le traversent. Il a pu vérifier ce fait avec tous les alcaloïdes qu'il a expérimentés (nicotine, quinine, morphine, atropine, hoscyamine, strychnine, vératrine, cicutine et curare). Après avoir montré, que la bile résorbée au

niveau de l'intestin et qui renferme des substances toxiques est arrêtée par le foie, il passe ensuite aux alcaloïdes de la putréfaction dont la formation intra-organique est liée à la vie de certains micro-organismes, et fait voir par quelques expériences faites avec des liquides et des substances putréfactifs isolés par la méthode de Stas, que le foie agit sur ces toxiques comme sur les alcaloïdes végétaux. Mêmes résultats pour les peptones que le foie transforme, pour l'albumine, la caséine, pour les sels ammoniacaux à acide organique ou carbonique. L'action de l'alcool n'est que peu modifiée par le foie, celles de la glycérine et de l'acétone ne le sont pas du tout.

Dans le chapitre IV, l'auteur essaye de rechercher si le sang ne contient pas des substances toxiques. Ici ses expériences et les conclusions sont peu nettes. Son travail devient plein d'intérêt quand il cherche à déterminer le rôle d'un foie altéré dans sa structure ou troublé dans son fonctionnement et arrive à montrer : qu'un foie qui ne contient pas de glycogène n'arrête pas les alcaloïdes qui le traversent; qu'un foie dont la richesse glycogénique est augmentée arrête une plus grande quantité d'alcaloïdes qu'un foie normal; que la toxicité de l'alcaloïde augmente quand il traverse un foie peu riche en glycogène, et qu'elle diminue quand on rend, artificiellement, du glycogène au foie soit en injectant du glucose dans les veines intestinales, soit en faisant absorber du sucre par la voie stomacale.

Pour terminer cette longue étude expérimentale sur le rôle protecteur du foie, l'auteur cherche à mettre d'accord les phénomènes chimiques qui se produisent en dehors de l'organisme, avec les résultats physiologiques que lui a fournis l'observation.

Il rappelle, à cet effet, et renouvelle les expériences de Tanret sur les modifications profondes que subissent l'ammoniaque et les alcaloïdes chauffés en vase clos, vers 60° avec du glucose. Les propriétés de ces corps sont, en effet, modifiées dans ces conditions, et leur toxicité diminue. On est, dès lors, en droit de penser que de semblables transformations peuvent se faire dans l'organisme même, et en particulier, dans le foie.

Dans une deuxième partie, Roger cherche l'application, en clinique, de ces considérations fournies par l'expérimentation. Que la fonction glycogénique du foie soit compromise, et l'on verra les poisons organiques s'accumuler dans l'organisme; si, de plus, la fonction rénale vient à s'altérer, l'élimination devenant insuffisante, les accidents les plus graves peuvent surgir. C'est le cas des maladies infectieuses.— Beaucoup de maladies chroniques sont accompagnées d'hypertrophie du foie. Quelques-uns de leurs symptômes et en particulier la glycosurie passagère peuvent naturellement être mis sur le compte de cette altération hépatique. Certains malaises, certains troubles nerveux qui surgissent parfois chez ces malades, trouvent ainsi leur explication dans l'impuissance où est le foie de retenir le sucre absorbé au niveau de l'intestin et dans les conséquences de cette impuissance. Il en est de même dans toutes les affections du foie.

La toxicité urinaire, en corrélation constante avec les altérations hépatiques et la glycosurie alimentaire, constitue d'ailleurs une preuve nouvelle de ce rôle protecteur qui incombe au foie.

Pour terminer, l'auteur s'arrête sur quelques considérations thérapeutiques concernant les affections du foie. Ce qu'il faut, c'est s'opposer à la disparition du glycogène hépatique; c'est restreindre les sources d'intoxication de l'organisme, combattre par conséquent l'hyperthermie ; régime lacté, le lait étant peu riche en potasse, très azoté, et diminuant considérablement la toxicité urinaire ; antiseptiques insolubles.

J. WINTER.

Zur Frage ueber die Auscheidung... (**De l'élimination du fer chez les animaux**), **par St. Szcz. ZALESKI** (*Archiv für experiment. Pathol. u. Pharm.*, *XXIII*, *fasc.* 5 *et* 6).

Le fer de l'organisme animal peut provenir : 1° des aliments ; 2° de préparations ferrugineuses introduites par des voies diverses.

Les auteurs qui se sont occupés de la question admettent, pour la plupart, qu'en général toutes les sécrétions concourent, plus ou moins, à l'élimination du fer alimentaire et plus particulièrement les sécrétions intestinales, la bile, le suc pancraétique, l'urine, les fèces, le lait, etc. L'auteur s'est assuré que le sperme humain normal renferme également du fer.

Quant au fer introduit dans l'organisme sous la forme de préparations ferrugineuses, soit par la voie stomacale, soit directement dans le sang, les nombreux travaux publiés sur sa localisation et son élimination sont loin de résoudre indubitablement la question. La plupart des auteurs n'ont, en effet, tenu que fort peu compte de l'état physiologique normal du fer dans l'organisme, ou ne se sont pas servis, dans leurs recherches, de méthodes chimiques suffisamment rigoureuses. Seuls, les travaux de Hamburger et de Quinke paraissent échapper à ces objections.

Il semblerait, d'après une série d'expériences dont il faut plus spécialement citer celles de Kobert et Cahn sur le manganèse, que tous les métaux lourds introduits directement dans le sang, sous la forme de sels doubles organiques, soient plus particulièrement éliminés par la muqueuse intestinale.

Pour déterminer expérimentalement si le fer médicamenteux suit la même ou toute autre voie, l'auteur a entrepris des analyses comparatives d'organes d'animaux physiologiques et d'organes d'animaux ayant reçu du fer dans le sang.

Voici, en résumé, comment il a effectué ses expériences : les animaux (deux jeunes lapins et deux jeunes chats) choisis, deux à deux, dans des conditions de race, d'âge, de couleur, de poids et de sexe aussi identiques que possible, furent, dès leur naissance, soumis à un régime identique à l'abri du contact du fer. A l'âge de 2 mois et demi à 3 mois, les couples furent mis en expérience. Après un jeûne à l'eau de 4 jours, on injectait sous la peau à l'un des deux sujets une solution de tartrate ferrico-sodique. Au bout de 3 heures, aucune manifestation d'intoxication aiguë par le fer ne s'étant produite, saignée carotidienne aussi complète que possible. Puis, aussitôt, on pratiquait le lavage de toute la partie postérieure de l'animal et de tous les organes de la cavité abdominale par transfusion d'une solution de sucre de canne à 2,5 0/0, pénétrant par la partie supérieure de l'aorte descendante et s'écoulant par la veine cave

ascendante au-dessus du foie. Cette transfusion fut faite aux pressions et températures constantes de 125 millimètres de mercure et 38° C. On débarrassait ainsi de toute trace de sang tous les organes transfusés. Le second sujet du même couple ayant subi les mêmes opérations, moins l'injection de fer, on comparait analytiquement quelques-uns de leurs organes (estomac, intestins, foie, reins, sang, muscles). L'auteur conclut de ses expériences : 1° que le foie doit être considéré comme un organe dont l'une des fonctions spécifiques est l'élimination du fer ; 2° que les parois du canal intestinal ne concourent nullement ou d'une façon insignifiante et inappréciable aux réactifs chimiques, à l'élimination de ce métal.

J. WINTER.

Beitrag zur Lehre von der Wirkung der chlorsäuren Salze auf den thierischen Organismus (Action des chlorates sur l'organisme), par L. RIESS (*Centralblatt f. Physiologie*, *p.* 214, 1887).

On attribue assez généralement, avec Marchand et v. Mering, l'action du *chlorate de potassium* à une altération des globules rouges et à la formation de la *méthémoglobine*. Stokvis admet au contraire que l'action pernicieuse du *chlorate de potassium* est analogue à celle qu'exercent toutes les solutions salines concentrées. Stokvis n'a pu constater chez le lapin les altérations du sang que l'on avait signalées chez l'homme et le chien. Riess arrive au même résultat. L'empoisonnement par le *chlorate de potassium* ne diminue nullement, chez le lapin, la proportion d'*hémoglobine* du sang et ne provoque la formation de la *méthémoglobine* que plusieurs heures après la mort. Ce n'est pas non plus comme sel de *potassium* que le *chlorate* agit.

Les lapins supportent des doses de *chlorure de potassium* bien supérieures (comme teneur en potassium) aux doses mortelles de *chlorate* et d'ailleurs les symptômes de l'empoisonnement ne sont pas les mêmes. Les *chlorates* paraissent agir sur le système nerveux central (tremblement de tout le corps, contractions fibrillaires, convulsions de courte durée, accélération notable du rythme respiratoire, pas d'action sur le cœur).

L. FREDERICQ.

I. — Ueber den antiseptichen Werth des Iodoformes und Iodols, par SATTLER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 12, 1887).

II. — Zur Iodoformwirkung, par SAENGER (*Berlin. klin. Woch.* *n°* 23, *p.* 422, 423, 6 *juin* 1887).

III. — Ueber das Iodoform als Antiparasiticum, par P. BAUMGARTEN et KUNZE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 354, 16 *mai* 1887).

I. — Contrairement à ce qui a été récemment dit relativement aux propriétés de l'iodoforme, Sattler conclut que cette substance possède, sans aucun doute, la faculté d'empêcher ou d'arrêter le développement des micro-organismes. Les propriétés de l'iodoforme tiennent à plusieurs causes : en première ligne, les micro-organismes, par l'action qu'ils exercent sur cette substance, mettent une certaine quantité d'iode en liberté et donnent lieu à la formation de composés iodiques ; ceux-ci, non seulement, empêchent le développement des agents pathogènes, mais aussi

détruisent la virulence des produits sécrétés par ceux-ci, c'est-à-dire des ptomaïnes.

L'iodoforme ne possède pas d'activité à distance et son action sur les micro-organismes ne se fait sentir que dans le voisinage immédiat de la molécule iodoformique en décomposition.

La façon dont il agit est donc entièrement différente de celle de la plupart des autres antiseptiques ; il ne viendra à l'esprit d'aucun chirurgien l'idée de se désinfecter les mains ou de stériliser les instruments avec de l'iodoforme ; mais s'il veut l'employer pour le pansement des plaies, il trouvera difficilement un meilleur antiseptique. La transformatien lente et continue qu'il subit au contact des plaies explique l'action énergique dont il jouit comme agent antiseptique. W. OETTINGER.

II. — Saenger a fait ses expériences avec le staphylocoque pyogène doré et d'une façon générale il peut confirmer les résultats de Heyn et Rowsing, sans vouloir d'ailleurs en tirer les mêmes conclusions.

Il n'importe guère que l'iodoforme puisse tuer ou empêcher le développement d'une bactérie, mais qu'il soit capable d'arrêter les effets d'un microcoque malin. Or, les expériences de Saenger sur la bactéridie charbonneuse lui ont appris que la malignité de ce bacille est réellement atténuée et supprimée par l'iodoforme qui produit dans ce micro-organisme une dégénération accusée par la fonte granuleuse de son protoplasma et la différenciation d'un utricule finalement entièrement hyalin. Mais cet effet n'est pas spécial à l'iodoforme, car on peut l'obtenir avec d'autres substances. Quant à la question de savoir si l'iodoforme agit d'une façon locale ou générale, pour la résumer, Saenger a fait les expériences suivantes :

Chez quelques animaux à qui il a pratiqué une plaie sous-cutanée, il introduit d'abord la bactéridie charbonneuse, puis l'iodoforme ; tous ces animaux meurent. Puis il fait l'expérience inverse commençant par introduire dans la plaie l'iodoforme avant d'ensemencer les bacilles ; ces animaux restent en vie. Cela démontre que l'iodoforme possède une action locale antibacillaire. J. B.

III. — L'iodoforme est incapable d'entraver le développement des bacilles tuberculeux ; Baumgarten s'en était déjà aperçu au cours d'expériences entreprises il y a quelques années avec Samuelson. Il leur avait été impossible de prévenir l'infection tuberculeuse des plaies d'inoculation, en les saupoudrant légèrement d'iodoforme. Depuis lors, Baumgarten a fait des expériences destinées à résoudre directement la question. Il triture, de façon à les mêler intimement, des bacilles tuberculeux avec des quantités de 10 à 40 fois plus grandes d'iodoforme. Puis il inocule ce mélange dans le tissu sous-cutané de cobayes et de lapins. Chez tous ces animaux, la tuberculose s'est développée avec la même rapidité et la même intensité que chez ceux qui avaient été inoculés avec la même quantité de bacilles tuberculeux non iodoformés.

Baumgarten et Kunze ont institué une série d'expériences sur les cobayes et lapins, avec le virus de la septicémie du lapin, avec les bactéridies du charbon, et le staphylocoque doré. En procédant comme pour les expériences entreprises sur les bacilles tuberculeux, ils ont vu que les animaux inoculés avec des micro-organismes, traités par l'iodoforme, ne survivaient pas au delà d'un jour à ceux chez lesquels on avait inoculé

les micro-organismes purs. Cette légère différence s'explique par ce que les bactéries, plongées au sein de l'iodoforme, ne peuvent se développer, faute de nourriture, qu'au fur et à mesure de la dissolution de l'iodoforme. Quant aux abcès déterminés par les inoculations de staphylocoque pyogène doré, additionné d'iodoforme, ils ne diffèrent en rien de ceux provoqués par le staphylocoque doré pur. J. B.

L'iodisme, par Mlle BRADLEY (*Thèse de Paris*, 1887).

Dans ce travail se trouvent étudiés non seulement les accidents de l'iodisme, mais l'absorption et l'action locale et générale de l'iode. Absorbé par la peau, les muqueuses et les séreuses, l'iode en nature est entraîné dans les voies de la circulation et éliminé par toutes les glandes. Pour être absorbées, les diverses préparations d'iode subissent une décomposition par laquelle l'iode est mis en liberté. Les symptômes d'intoxication par l'iode dénotent un dérangement de toutes les fonctions de l'organisme : ils peuvent succéder à une longue médication ou apparaître dès le début du traitement. Ils éclatent brusquement ou se développent graduellement. Parmi les phénomènes d'intoxication, le plus constant est l'excessive accélération du pouls (120 à 160), qui devient extrêmement dépressible et faible, sans qu'il y ait élévation de la température. Celle-ci peut même s'abaisser. Les désordres circulatoires sont démontrés en outre par l'apparition d'un œdème qui peut se borner aux paupières, dans les cas légers, ou s'étendre à tout le corps, à la glotte, aux poumons, au cerveau, dans les cas graves. Le sang est altéré dans sa nature et l'hématose profondément troublée. Du côté des poumons, on observe souvent de la dyspnée ou même l'apnée, des troubles circulatoires, bronchite, œdèmes, hémorragies broncho-pulmonaires, etc... Ces désordres circulatoires retentissent aussi sur le rein : diminution de l'urine, quelquefois anurie et souvent albuminurie, néphrite et même hématurie.

Les symptômes nerveux sont ceux de l'anémie et de la congestion cérébrale ; ils revêtent tantôt la forme de l'urémie convulsive et comateuse, tantôt celle de l'hypocondrie et de la paralysie générale.

Après avoir mentionné les troubles digestifs, l'auteur insiste davantage sur les éruptions cutanées : érythèmes, acné, urticaire, bulles, purpura. L'étude des manifestations douloureuses de l'iodisme, arthropathies, douleurs dans les os et les muscles, etc... termine cette thèse à laquelle est annexé un important index bibliographique. F. BALZER.

Ueber die Brauchbarkeit des Iodtrichlorids... (Propriétés désinfectantes et antiseptiques du trichlorure d'iode), par Carl LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 741, 3 *octobre* 1887).

Des expériences toutes récentes de Riedel établissent qu'en solution aqueuse, l'iode trichloré, même à la dilution d'un millième est un désinfectant énergique qui tue assez rapidement les spores bacillaires ; en revanche, les solutions alcoolique et huileuse sont inefficaces. L'action parasitaire du trichlorure d'iode est très supérieure à celle de l'acide phénique et très voisine de celle du sublimé. Contre les bacilles dénués de spores et contre les microcoques, une solution au millième d'iode trichloré développe les mêmes effets qu'une solution phéniquée à 3 0/0. Quant

aux micro-organismes des affections infectieuses des plaies, il suffit, pour en arrêter le développement, d'additionner la gélatine nourricière de 1/200e de trichlorure d'iode.

Langenbuch emploie l'iode trichloré à 1/1000e pour les plaies extérieures et à 1/1500e pour la cavité abdominale. Le seul inconvénient de ce désinfectant, c'est son odeur tenace, dont on se débarrasse d'ailleurs en se passant les mains dans l'ammoniaque.

Les expériences de Riedel ont également montré qu'on peut injecter sous la peau, ou dans la cavité péritonéale des lapins, sans provoquer le moindre phénomène d'intoxication, des quantités d'iode trichloré 30 fois plus grandes que celles du sublimé.

Langenbuch croit avoir guéri un psoriasis par des frictions répétées toutes les 2 heures avec la solution trichlorée.

Dans les dyspepsies liées à des fermentations anormales, il a obtenu de rapides succès en faisant prendre aux malades, de 2 en 2 heures, une cuillerée à bouche de la solution à 1/1200e ou à 1/1500e.

Enfin il se loue de l'emploi, dans la gonorrhée, d'injections avec la solution au millième. J. B.

Calomel et chlorure de sodium, par MOSSÉ (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 29, 1887).

Dans de nombreuses expériences, l'auteur a administré a des chiens du calomel tantôt seul tantôt suivi de l'ingestion de chlorure de sodium. Un seul chien, à qui 10 grammes de sel marin furent administrés, eut des selles sanguinolentes.

Les craintes sur l'emploi du chlorure de sodium après l'ingestion du calomel sont exagérées; mais il est bon d'être prudent, surtout dans la thérapeutique infantile. A. DUCAMP.

I. — Zur Kenntniss der diuretischen Wirkung der Quecksilberpræparate (Action diurétique des composés mercuriels), par ROSENHEIM (*Berlin. klin. Woch., n°* 12, *p.* 211, 21 *mars* 1887).

II. — Calomel als Diureticum, par A. FRAENKEL (*Ibidem, n°* 19, *p.* 349, 9 *mai* 1887).

I. — *Calomel.* Rosenheim a éprouvé l'action diurétique du calomel sur 16 malades atteints d'hydropisies cardiaques, quelques-uns avec complication rénale. Chez 6 d'entre eux, la diurèse a été prompte, et les œdèmes ont rapidement disparu; chez 3 autres, l'effet diurétique a été moins énergique ; enfin, chez les 3 derniers, il a été nul. Dans presque tous les cas, on avait, antérieurement, administré la digitale sans plus de succès.

Contre les hydropisies rénales pures, le calomel n'a pas donné de bons résultats. Il s'est montré complètement inerte dans 5 cirrhoses hépatiques et 4 exsudats inflammatoires des cavités abdominale et thoracique. En outre, chez la plupart des malades, il a déterminé de la stomatite et de la diarrhée.

Rosenheim a essayé ensuite le *sublimé* à la dose de 0,1 à 0,2 par jour, l'*iodure jaune* et le *bichlorure amidonné* de mercure, à la dose quotidienne de 0,15 à 0,2. Tous 3 se sont montrés bons diurétiques, mais

moins sûrs que le calomel, qui trouble moins l'appareil digestif; en revanche, ces trois composés hydrargyriques provoquent beaucoup moins de stomatite que le calomel.

Il résulte de ces expériences que l'imprégnation de l'économie par le mercure est la condition *sine quâ non* de l'action diurétique. L'urine contient, d'ailleurs, en abondance du mercure.

Quant au mode d'action, Rosenheim croit que le mercure s'attaque directement aux tissus infiltrés, car on le retrouve d'assez bonne heure et en grande quantité dans les liquides d'œdème. (*R. S. M.*, XXVIII, 492.)

II. — Fraenkel a reconnu l'action diurétique du calomel (à la dose de 20 centigrammes répétée 4 ou 5 fois quotidiennement pendant 2 ou 3 jours) dans six cas d'hydropisie cardiaque et 2 de cirrhose hépatique. Il conclut de ces expériences que le calomel n'est pas un diurétique absolument sûr, et qu'il ne saurait remplacer la digitale. Mais, s'il a agi chez un malade, on peut en renouveler l'emploi, sûr d'obtenir le même résultat.

Dans la discussion, *Senator* cite 5 cas de cirrhose hépatique avec hydropisie considérable, dans lesquels le calomel (à la dose de 10 cengrammes 4 fois par jour) s'est montré tout à fait efficace. Senator en suspend momentanément l'administration, quand la salivation est intense.

J. B.

Le salol, étude chimique et pharmacologique, par A. NICOL (*Bull. gén. de thérap.*, *p.* 212, 15 *septembre* 1887).

L'auteur passe en revue les propriétés chimiques, la préparation, la recherche du salol dans les urines et son emploi en thérapeutique. Rappelons seulement qu'il s'obtient par l'action d'un composé chloré sur un mélange de phénate et de salicylate de soude. Insoluble dans l'eau, dans la glycérine, dans les huiles lourdes de pétrole, le salol se dissout très bien dans l'éther, la benzine, etc... Son odeur rappelle celle de l'essence de Wintergreen. Les alcalis le dédoublent en ses éléments : phénol et acide salicylique. Ce fait s'accomplissant dans l'organisme, c'est à ce titre que le salol doit être considéré comme antiseptique. On le retrouve dans les urines sous la forme de ses composants.

On l'emploie dans le traitement du rhumatisme, des pyrexies, de l'entéralgie herpétique, etc., soit en potion ou en cachets, à la dose de 4 à 8 grammes par jour, soit en pommade, uni à la vaseline, au beurre de cacao, au collodion, dans les proportions de 4/30. J. WINTER.

Zur Toxikologie des Paraldehyd, par Eugen FROEHNER (*Berlin. klin. Woch.* *n°* 37, *p.* 685, 12 *septembre* 1887).

Von Krafft-Ebing (*Zeitschr f. Therapie*, 1887 n° 7) a le premier attiré l'attention sur les inconvénients d'un usage prolongé et à hautes doses de la paraldéhyde, qui provoque alors un véritable alcoolisme chronique.

Les expériences que Fröhner vient de faire sur des chevaux et sur des chiens semblent prouver que là ne se bornent pas les accidents d'intoxication dus à la paraldéhyde.

Chez le cheval, administrée à une dose (1 gramme, 1gr5 par kilo de poids)

trop faible pour produire le sommeil, la paraldéhyde détermine de l'hémoglobinurie. Chez le chien, elle amène de la poikilocytose avec un ensemble de symptômes et de lésions rappelant l'anémie pernicieuse.

Cette action de la paraldéhyde, qui la rapproche du chlorate de potasse, de l'acide pyrogallique, de la nitrobenzine, de la glycérine, en un mot de tous les agents dissolvants du sang, tient à ses propriétés éminemment réductrices. J. B.

Ueber ein neues Schlafmittel (Un nouveau soporifique, l'hydrate d'amylène), par von MERING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 563, 25 *juillet* 1887).

L'hydrate d'amylène, ou alcool amylique tertiaire, est un liquide clair comme de l'eau, d'une densité de 0,8. Après avoir expérimenté son action hypnotique sur des animaux à sang froid et à sang chaud, von Mering l'emploie depuis 2 ans chez l'homme. Il l'a administré aux doses de 3 à 5 grammes dans 60 cas d'insomnie purement nerveuse, et chez un certain nombre de mélancoliques, paralytiques généraux, typhoïdiques et rhumatisants. Le sommeil dure de 6 à 8 heures et n'est précédé d'aucun stade d'excitation. Le médicament n'a, d'ailleurs, provoqué aucun phénomène incommode. Il est inodore, grande supériorité sur la paraldéhyde, qui donne une haleine fétide.

Dans la discussion, *Jolly* déclare avoir eu recours chez un grand nombre d'aliénés, avec succès, à l'hydrate d'amylène. J. B.

Recherches sur l'acétylène, par BROCINER (*Annales d'hyg. publ.*, 3e *série XVII*, 454, *mai* 1887).

Le gaz acétylène se produit en assez grande abondance dans les combustions incomplètes des matières hydrocarbonées, telles que le gaz d'éclairage.

Le sang chargé d'acétylène ne présente à l'examen spectroscopique aucun signe particulier. S'il y a combinaison entre l'acétylène et l'hémoglobine, cette combinaison est éminemment instable.

L'acétylène n'est pas sensiblement toxique par lui-même, pas plus que ne le sont d'autres carbures gazeux, tels que le formène et le propylène. J. B.

Sur l'action anesthésique du méthylchloroforme, par R. DUBOIS et L. ROUX (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 31 *mai* 1887).

L'action anesthésique du méthylchloroforme est progressive et la période d'agitation nulle, d'autant que ce composé a une odeur suave et non pénétrante et suffocante comme l'éther et le chloroforme. Le sommeil se produit en cinq ou six minutes et l'anesthésie est complète en sept ou huit minutes. Le réveil complet se produit une ou deux minutes après la cessation des inhalations, et les animaux, paraissant gais au réveil, acceptent très rapidement le sucre et l'eau. A ces avantages physiologiques, il faut ajouter que ce composé s'évapore lentement, ce qui n'expose pas avec lui aux brusques changements de titre du mélange, et qu'il brûle très difficilement, ne présentant pas à cet égard les dangers de l'éther. M. D.

Action du chlorure d'éthylène sur la cornée, par R. DUBOIS et L. ROUX (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *juin* 1887).

Perte de transparence des deux cornées chez les chiens soumis pendant une heure environ à l'inhalation du chlorure d'éthylène. L'état d'opalescence bleuâtre et persistante de la cornée paraît pouvoir être attribuée à une sorte de déshydratation, ce qui correspond à la perte de poids remarquable subie par les animaux en expérience et qu'on ne peut expliquer ni par une exagération des phénomènes de désassimilation, ni par le refus d'aliments. On sait du reste, d'après les recherches de Dubois, l'action déshydratante énergique, exercée par les vapeurs anesthésiques, sur les tissus animaux et végétaux. M. DUVAL.

Étude clinique de la résorcine appliquée localement en médecine et en chirurgie, par Hippocrate CALLIAS (*Broch. Paris*, 1887).

Appliquée localement, la résorcine est très efficace, en solution de 1 à 2 0/0, dans les plaies de toute nature, simples ou diphtéritiques ou putrides, en médecine, en chirurgie, en obstétrique. Elle donne de très bons résultats dans l'érysipèle de la face, dans l'empyème, les ulcères variqueux scrofuleux, syphilitiques ; dans les phlegmons, les abcès. Elle agit de même dans les piqûres virulentes, les ophtalmies purulentes, les ulcérations de la cornée, le coryza chronique et la putridité des lochies. En solution plus concentrée (de 5 à 10 0/0), elle réussit dans les aphtes, le muguet, les angines simples ou diphtéritiques, le croup, la coqueluche. En nature, comme caustique léger, elle remplace le nitrate d'argent. Parmi les avantages les plus marqués de la résorcine il importe de signaler sa grande solubilité et surtout sa non toxicité absolue quand elle est appliquée extérieurement. Elle jouit de propriétés remarquables contre les micro-organismes. Elle déterge les plaies atoniques et facilite la cicatrisation. Elle calme les élancements douloureux et produit l'asepsie complète. L'auteur en conseille l'emploi dans les opérations chirurgicales. H. CHOUPPE.

I. — De l'antifébrine comme nervin, par Paul DEMIÉVILLE (*Revue médicale Suisse romande*, *VII*, 305, *juin* 1887).

II. — Antifébrine, par MOSSÉ (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 15, 1887).

I. — Demiéville conclut de ses observations que l'antifébrine constitue un médicament nervin précieux. Dans les névralgies, quelle qu'en soit la cause, elle calme presque toujours la douleur, au moins momentanément. Si, comme tout autre agent thérapeutique, elle a aussi ses insuccès, elle peut être certainement mise, comme nervin, au moins sur la même ligne que l'antipyrine, la quinine, et peut devenir dans certains cas un véritable succédané de la morphine. L'antifébrine peut réussir à calmer les douleurs dans les cas où les autres nervins ont échoué. Elle n'est pas plus dangereuse qu'eux. Enfin, elle a des effets hypnotiques qui peuvent être précieux.

Demiéville en a obtenu d'excellents effets comme calmant dans la gangrène sénile. Il a guéri de même rapidement une urticaire chronique chez une jeune fille, etc. (*R. S. M.*, XXIX, 51 et 503). J. B.

II. — Les expériences faites par Mossé l'amènent à formuler les conclusions suivantes :

1° Au point de vue physiologique : Les quantités employées ont été de 0gr,25 par kilogramme d'animal. A ces doses, il y a eu quelquefois de la somnolence et de légers vomissements. La température physiologique n'a pas baissé. Un animal choréique a été très sensible à l'antifébrine;

2° Au point de vue clinique : Abaissement de la température dans un cas de fièvre typhoïde, insuccès dans un cas de prurigo. A. DUCAMP.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine, par S. CARAVIAS (*Thèse de Paris*, 1887).

Caravias s'est borné à étudier l'action de l'antipyrine sur le système nerveux, laissant de côté tout autre rôle qui puisse être attribué à cette substance. Il résulte de ses recherches, que l'antipyrine diminue notablement la sensibilité de la moelle épinière et des centres nerveux. Dans une première série d'expériences, l'auteur note l'insensibilité dans le membre où a été pratiquée l'injection, nous remarquerons qu'il ne tient pas assez compte des phénomènes d'irritation locale et que d'autre part les doses qu'il nous signale comme s'accompagnant d'anesthésie dans le membre du côté opposé nous semblent suffisantes pour amener de l'analgésie généralisée. Mais laissons de côté cette légère critique. Par des expériences plus importantes, Caravias montre que la contraction musculaire névro-réflexe se modifie notablement sous l'influence de l'antipyrine, qu'elle prend peu à peu la forme de la contraction directe, ce qui prouve bien que l'antipyrine diminue le pouvoir excréto-moteur de la moelle épinière. Cette donnée semble en rapport avec la dilatation vasculaire que signale également Caravias. En résumé, d'après ces expériences, l'antipyrine est un sédatif de la moelle épinière. Mais cela ne serait vrai qu'à doses non toxiques, car si on emploie de fortes quantités le pouvoir réflexe serait au contraire exalté. Une étude nouvelle serait nécessaire pour élucider ce point spécial.

Sous le rapport thérapeutique, Caravias publie un nombre considérable d'observations dans lesquelles dominait l'élément douleur, c'est du reste sous ce seul rapport que l'auteur a étudié l'antipyrine (*R. S. M.*, XXX, p. 70). Il conclut que cet agent a une action puissante sur l'élément douleur, qu'elle fait disparaître rapidement quelle qu'en soit l'origine. Elle a une action curative très rapide sur le rhumatisme articulaire aigu. Elle agit dans un grand nombre d'affections où l'élément douleur constitue pour ainsi dire toute la maladie (névralgies, zona, migraine, douleurs fulgurantes des ataxiques, sensations douloureuses des affections cardiaques). Par son influence analgésiante, aussi bien que par sa puissance antiseptique, l'antipyrine agit d'une façon remarquable sur le rhumatisme blennorragique. Elle a de plus une action antidyspnéique des plus remarquables, surtout dans les affections paroxystiques comme les accès d'asthme.

Dans tous ces cas, l'antipyrine peut être administrée par la voie gastrique à la dose de 3 à 6 grammes par jour, ou bien en injection hypodermique à la dose de 0 gr 50 à 1 gramme à la fois une ou deux fois par jour. Cette seconde méthode devrait être réservée pour les cas où il y a intolérance gastrique ou bien dans les cas pressants. Dans ces

dernières circonstances son action locale est extrêmement rapide; la douleur disparaît en quelques minutes. Son action générale est également des plus promptes ; les dyspnéiques éprouvent un soulagement presque immédiat.

On peut employer l'antipyrine en applications locales; elle agit alors à la fois comme calmant et comme antiseptique puissant; elle donne d'excellents résultats dans la blennorragie et la blennorrée.

H. CHOUPPE.

Ueber Ephedrin, ein neues Mydriaticum, par Kinnosuke MIURA (*Berlin. klin. Woch., n° 38, p. 707, 19 septembre* 1887).

L'éphédrine est un alcaloïde extrait par Nagai de l'ephedra vulgaris, variété helvetica. Son chlorhydrate est un sel blanc qui cristallise en aiguilles. Chez la grenouille, à dose mortelle (8-10 mgr.), il produit un ralentissement graduel, puis un arrêt de la respiration, sans qu'on observe de stade d'accélération. Même action sur le cœur, qui finit par s'arrêter en diastole. Les pupilles sont dilatées.

Chez les mammifères (lapin, chien, souris), au contraire, la fréquence de la respiration comme celle du pouls est considérablement accrue ; plus tard, l'arrêt des mouvements respiratoires et cardiaques s'effectue brusquement, sans période préalable de ralentissement. En même temps, on note des convulsions toniques et une élévation de la température rectale. La pression sanguine, considérablement affaiblie, s'élève au-dessus de la normale durant les convulsions pour redescendre ensuite rapidement. Les pupilles se dilatent, soit qu'on ait fait une injection sous-cutanée, soit qu'on ait instillé le sel dans le cul-de-sac conjonctival. La mort est le résultat de la paralysie du cœur et de la respiration. En injection sous-cutanée, la dose mortelle de chlorhydrate d'éphédrine est pour le lapin de $0^{gr}3$-$0^{gr}46$ et pour le chien de $0^{gr}22$ par kilogramme de poids de l'animal.

Chez l'homme (18 observations), l'instillation de 1 à 2 gouttes d'une solution à 10 0/0 produit la dilatation des pupilles au bout d'un temps variable de 40 à 60 minutes. Cette dilatation n'est pas au maximum. L'accommodation reste intacte ou est à peine modifiée. Les enfants et les vieillards sont plus sensibles au chlorhydrate d'éphédrine. En cas d'iritis, la dilatation pupillaire ne s'opère pas. La durée de la mydriase oscille entre 5 et 20 heures. Même après un usage répété 3 fois par jour, durant une quinzaine, l'éphédrine ne provoque ni conjonctivite ni autres desagrements. Ce médicament ne modifie pas la pression intra-oculaire.

J. B.

I. — A new local anœsthetic, par J. H. CLAIBORNE (*Med. Record.*, 30 *juillet* 1887).

II. — *Idem*, **par KNAPP** (*Ibidem*, 13 *août* 1887).

III. — Observations on the action of stenocarpine, par Edward JACKSON (*Med. News*, 3 *septembre* 1887).

IV. — The composition of gleditschine or stenocarpine, par John MARSHALL (*Med. News*, 29 *octobre* 1887).

I à IV. — H. Claiborne a, le premier, indiqué les propriétés de ce nou-

vel alcaloïde. Knapp a confirmé ces résultats. Jackson a obtenu des effets identiques aux deux premiers observateurs. On croyait avoir une substance réunissant les propriétés de la cocaïne et de la belladone.

Mais il paraît que cet anesthésique n'est qu'un produit falsifié.

M... a fait, en effet, dans son laboratoire, des analyses des solutions de cette substance et il est arrivé à montrer que ce soi-disant anesthésique n'est qu'un mélange de cocaïne et d'atropine et que les premiers expérimentateurs ont été victimes d'une fraude. A. C.

Ueber die physiol. Wirkung des Cocains (Sur l'action physiologique de la cocaïne), par Ugolino MOSSO (*Archiv f. experim Path. u. Pharm.*, *XXIII*, *p.* 153, 1887).

L'auteur étudie successivement l'action de la cocaïne sur les diverses fonctions de l'organisme animal. La conclusion générale qui se dégage de ce travail est que la cocaïne agit sur la moelle et le cerveau en provoquant une augmentation de l'activité des centres nerveux.

Lorsque les doses sont élevées, la cocaïne paralyse la moelle épinière, alors que les nerfs moteurs et sensitifs sont encore intacts à la périphérie. La conductibilité de la moelle est suspendue, et les cellules nerveuses qui participent aux mouvements réflexes ne fonctionnent plus.

Chez la grenouille, la mort survient sans convulsions ; chez les animaux à sang chaud, l'apparition soudaine et périodique de crises tétaniques est une manifestation constante, non d'ordre réflexe, mais liée à un phénomène nerveux central siégeant dans la moelle.

La cocaïne accélère les mouvements respiratoires, non par un acte réflexe dépendant de la veinosité du sang, mais par le fait d'une action nerveuse directe.

Avec des doses toxiques, la fréquence respiratoire devient extrême ; mais l'amplitude des contractions diaphragmatiques va en diminuant jusqu'à arrêt complet. La respiration artificielle peut, pendant quelque temps encore, prolonger l'existence de l'animal.

La cocaïne augmente la fréquence cardiaque, mais le pouls devient petit ; avec des doses toxiques, le cœur s'arrête en systole.

La pression sanguine augmente légèrement sous l'influence de faibles doses de cocaïne ; des doses fortes (0,08 à 0,10 par kilo chez les chiens) l'abaissent. La cocaïne provoque, pendant son passage, une paralysie passagère des fibres musculaires des vaisseaux.

La cocaïne est, de toutes les substances, celle qui augmente le plus rapidement et au plus haut degré la température du corps.

C'est, comme on le voit, un des meilleurs stimulants connus en thérapeutique. Son action est directement opposée à celle du chloral. Elle diminue très rapidement le narcotisme du chloral, augmente la respiration, dilate les pupilles et les rend sensibles. Les animaux chloralisés supportent de très fortes doses de cocaïne. Le chloroforme et l'éther en constituent également des antagonistes, mais à un degré inférieur au chloral. J. WINTER.

Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique du cytisus laburnum, par J.-L. PRÉVOST et P. BINET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 12 *septembre* 1887, *et Rev. méd. Suisse romande, septembre et octobre* 1887).

Chez la grenouille, le cytise est un paralyso-moteur absolument ana-

logue au curare. Le nerf vague offre une résistance plus grande que les autres nerfs et conserve encore son action arrestatrice sur le cœur quand les nerfs moteurs sont paralysés. Les battements du cœur de la grenouille s'affaiblissent peu à peu après l'injection de hautes doses de cytise. La paralysie du cœur est alors une cause de la mort.

Les animaux à sang chaud qui peuvent vomir (chat, chien, pigeon) sont plus sensibles à l'action du cytise que les rongeurs (rat, cobaye et surtout lapin). Le vomissement se produit après l'administration d'une faible dose (en moyenne, cinq centigrammes d'extrait aqueux pour le chat); plus rapidement par injection hypodermique (en 6 minutes) que par injection stomacale (en 15 à 20 minutes). Prévost et Binet n'ont jamais observé de troubles intestinaux. Chez les chats dont les nerfs vagues ont été sectionnés, les vomissements sont retardés, mais tout aussi énergiques. On peut en conclure que le cytise provoque le vomissement en agissant directement sur le centre vomitif.

Quand les doses sont plus fortes, les animaux offrent de l'affaiblissement général et de la prostration qui, jusqu'à ce jour, ont été considérés comme résultant d'une action narcotique et qui ne sont que la conséquence de la paralysie générale des nerfs moteurs. Cette paralysie entraîne la mort par asphyxie chez les animaux à sang chaud, à moins que l'on ne prolonge la vie au moyen de la respiration artificielle.

Dans les intoxications avancées, produites par l'injection de fortes doses de cytise, chez les animaux chez lesquels on entretient la respiration artificielle, on peut constater la perte complète de l'excitabilité des nerfs moteurs. Comme chez les grenouilles, le nerf vague résiste plus longtemps à la paralysie.

Les nerfs des sécrétions sudorales et salivaires restent excitables. La sécrétion de la bile n'est pas modifiée, au moins quantitativement. Le cytise ne produit aucune action notable sur la pupille, ni sur la sensibilité de la cornée. Il ne modifie pas manifestement la pression artérielle. Le cœur n'est pas sensiblement atteint chez les animaux à sang chaud.

Chez les pigeons, outre ces symptômes, on constate une certaine raideur des pattes.

Donc le cytise doit être considéré comme un bon vomitif à action centrale, agissant rapidement et mieux par injection hypodermique que par injection stomacale. A l'action vomitive se joint, à haute dose, une action paralyso-motrice analogue, si ce n'est identique, à celle que produit le curare. J. B.

Recherches sur les effets biologiques de l'essence de tanaisie ; de la rage tanacétique ou simili-rage, par H. PEYRAUD (*Compt. rend. acad. des sciences*, 26 *septembre* 1887).

De l'action préventive de l'hydrate de chloral contre la rage tanacétique et contre la vraie rage, par H. PEYRAUD (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *octobre* 1887).

L'essence extraite du *Tenacetum vulgare* (herbe aux vers) produit des convulsions qui diffèrent absolument de celles de l'essence d'absinthe, car elles sont du type tétanique et non épileptique et elles ne sont pas empêchées par l'administration préalable du bromure de potassium. Le

type de ces convulsions est réellement rabique, car il y a hallucination, convulsions, perte de connaissance, spasme des muscles du pharynx, du larynx et de tout le thorax, salivation abondante, phénomènes asphyxiques, tendance à mordre, cri rauque caractéristique, paralysie momentanée. Dans quelques cas, il y a eu une exacerbation manifeste des convulsions par la présentation d'un miroir. L'auteur est donc amené à donner aux convulsions tanacétiques le nom de rage tanacétique, rage artificielle, simili-rage. L'action préalable du chloral, qui n'a pas d'action curative sur la rage tanacétique, a pour effet d'empêcher les convulsions tanacétiques. Suit le compte rendu d'une observation, où, chez un lapin inoculé du virus rabique, la rage ne s'est pas produite grâce à l'administration du chloral, répétée pendant dix jours, alors que succombaient d'autres lapins inoculés avec le même virus. M. D.

Formation et élimination du pigment ferrugineux dans l'empoisonnement par la toluylendiamine, par ENGEL et KIENER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 12 *septembre* 1887).

Ce poison produit d'une manière constante l'ictère, et il est au plus haut degré un agent destructeur du globule sanguin. La formation du *pigment ferrugineux* est alors l'indice le plus constant de cette destruction, au moins toujours chez le chien, sinon chez le lapin. Dans les cas d'empoisonnement subaigu, où la mort arrive au bout d'un à trois jours, on trouve déjà une accumulation considérable de ce pigment noircissant par le sulfure ammonique, dans la moelle osseuse et dans la rate. La formation du pigment ferrugineux n'exige donc pas plus de 24 heures. Dans les empoisonnements chroniques, il n'y a ni ictère, ni hémoglobinurie, ni élimination du pigment granuleux par l'urine; mais l'animal maigrit, s'anémie, succombe dans le coma, et on constate alors que la rate, la moelle des os et le foie renferment une quantité de pigment plus grande que dans les cas aigus : on en trouve aussi une notable quantité dans le rein et dans les ganglions lymphatiques. M. D.

Death from illuminating gas (De la mort par le gaz d'éclairage), par S. LAMB (*Journal of Americ. med. Assoc*, *p.* 313, 3 *septembre* 1887).

D'après l'examen de 17 cas, dont 1 personnel, Lamb étudie l'empoisonnement par le gaz d'éclairage.

Les signes le plus fréquemment notés sont : la stupeur, le refroidissement, la pâleur, la respiration stertoreuse, la dilatation des pupilles et la rigidité. Parfois, l'exposition du patient à l'air libre augmente la gêne de la respiration, accroît la rigidité.

Le traitement le plus opportun est : 1° l'accès de l'air frais, en ouvrant les portes et les fenêtres; les inhalations d'oxygène, qui ont donné de bons résultats, et la décubitus dorsal, 2° la chaleur, qui favorise la circulation, les autres fonctions; 3° les stimulants diffusibles (alcool, ammoniaque) par la bouche, le rectum, ou par voie hypodermique. La faradisation n'a pas donné de succès.

Sur les 16 observations, il y eut 10 décès avec 7 autopsies; il n'existe point de lésion spéciale, la mort paraît plutôt due au narcotisme qu'à l'asphyxie, et à l'arrêt des fonctions hématopoiétiques. Sur ces 10 décès la mort survint 3 fois après une demi-heure d'exposition à

l'air ; 2 fois après 11 heures; 2 fois après 36 heures; 1 fois après 50 heures.

Dans l'observation de Lamb, la survie fut de 8 jours.

L'auteur attribue cette inégalité de survie, après l'exposition à l'air, aux proportions différentes de gaz dans l'air. MAUBRAC.

Erfahrungen über Balsamum Cannabis ind. Denzel (2 cas d'intoxication par le baume de chanvre indien), par Wilhelm GRAEFFNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 416, 6 *juin* 1887).

Buchwald (*Breslauer aerztl. Zeits.*, 1885, n° 24) a publié un cas d'empoisonnement grave après deux doses de 10 centigrammes de cannabine. Seifert (*Münchener medic. Wochens.*, XXIII, 20) a relaté un fait analogue, à la suite de l'usage du baume de chanvre indien de Denzel.

Voici maintenant, au passif de la même préparation, deux observations de Graeffner :

L'un et l'autre malades n'avaient pris qu'une seule fois la dose la plus faible (10 centigrammes) de baume.

1er *cas*. — Femme de 23 ans ; une demi-heure après l'ingestion du médicament, elle se couche et a aussitôt des cauchemars horribles ; devant les dangers qui la menacent, elle ne peut ni s'échapper, ni appeler à son aide ; puis elle éprouve une angoisse indicible qu'on la croie morte et qu'on l'enterre vivante; enfin, comme la malade de Buchwald, elle assiste à toutes les phases de sa propre mort. Graeffner voit, quelques instants plus tard, la malade revenue dans son lit; elle lui déclare qu'elle est devenue folle. Son agitation est extrême ; ses doigts se remuent sans cesse, tantôt pour chercher quelque chose, tantôt pour montrer des visions. La loquacité, sous forme de monologues, est intense. Pupilles modérément dilatées et paresseuses. Pouls fréquent, température axillaire de 37°9. — Stimulants et compresses froides sur la tête. Au bout d'une heure 1/2, sommeil profond. Le matin, au réveil, il ne reste que de la lassitude. Mais, 3 heures plus tard, se reproduit une certaine agitation, bientôt suivie de dépression et de collapsus. La médication excitante a raison, en 2 heures, de ces nouveaux accidents. Toutefois, cette femme eut encore, deux mois durant, seulement au moment du coucher, un sentiment d'angoisse et de légères hallucinations.

Mêmes symptômes dans le 2e cas.

D'autre part, Graeffner a obtenu d'excellents résultats, tant sur lui-même que sur des phtisiques et des emphysémateux privés de sommeil, de l'usage du baume de haschich, après que les autres soporifiques s'étaient montrés impuissants. J. B.

Ueber die toxische Wirkung der Samen von Agrostemma Githago (Kornrade) (Effets toxiques et qualités nutritives des semences de la nielle des blés), par LEHMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 18, *p.* 572, 15 *septembre* 1887).

Lehmann a fait des expériences sur lui-même et sur des animaux, avec la graine de nielle, dont l'élément toxique est constitué par la saponine ou par des isomères. Les poules succombent peu d'heures après l'ingestion de 10 grammes de graine pulvérisée.

Chez l'homme, la dose de 4 à 5 grammes amène de la céphalalgie, des douleurs d'estomac, une sensation de raclement dans la gorge, et du catarrhe bronchique.

Les graines de l'agrostemma ont, d'autre part, des qualités nutritives tenant à leur richesse en albumine, graisse et fécule. La torréfaction les débarrasse de la saponine et alors on peut en consommer des doses de 35 grammes sans aucun inconvénient. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Des injections sous-cutanées d'une solution de sel marin dans l'anémie aiguë, par PREGALDINO (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, février* 1887).

L'auteur, se fondant sur les expériences de Kronecker, admet que la première indication du traitement de l'anémie aiguë est de relever la pression sanguine. Il rend compte de 18 expériences faites sur des chiens auxquels il avait soustrait des quantités variables de sang, qu'il a remplacé par des injections successives d'une solution parfaitement filtrée à 6 0/0 de sel marin pur, recristallisé et desséché. Il préfère les injections sous-cutanées aux injections veineuses, pour éviter la phlébite et l'entrée de l'air dans les veines. L'injection de la solution, portée à la température du corps, était faite à l'aide d'une seringue de 21 centimètres cubes; chaque injection durait une minute. La solution est absorbée très rapidement même dans les cas d'anémie subaiguë. Sous l'influence des injections, la pression sanguine se relève sensiblement et remonte graduellement un quart d'heure après l'injection; mais les pulsations cardiaques restent petites et fréquentes, et la respiration ne revient pas non plus à son rythme normal. Les animaux opérés se rétablissent en général très vite; les injections ne paraissent pas exercer une influence fâcheuse sur la régénération des globules. La quantité de liquide à injecter correspond aux deux tiers ou à la moitié de la quantité de sang extrait.

L'auteur reconnaît la supériorité de la transfusion sanguine intra-veineuse sur les injections salines, par ses effets sur la pression sanguine, mais il préconise l'injection sous-cutanée de sel comme souvent préférable à cause de son innocuité et comme étant plus pratique.

F. HENNEGUY.

Ueber subcutane Kochsalzinjectionen bei Herzchwächezuständen (Des injections sous-cutanées de sel de cuisine dans les états de faiblesse du cœur), par Léon ROSENBUSCH (*Berlin. klin. Woch., n°* 39, *p.* 727, 26 *septembre* 1887).

Les injections sous-cutanées de liquide salé sont indiquées dans les circonstances suivantes:

1° Collapsus rapide (20 à 30 grammes d'une solution de chlorure sodique à 6 0/0).

2° Affaiblissement du muscle cardiaque, consécutif aux maladies aiguës (d'abord 20 à 30 grammes, puis quotidiennement 5 grammes).

3° Gastro-entérite suraiguë, débilité consécutive à des vomissements

ou à une diarrhée (injection de 500 à 1,500 grammes du liquide de Cantani).

4° Hémorragies pulmonaires, intestinales ou stomacales (20 à 30 grammes, puis 5 grammes par jour).

5° Affaiblissement du cœur, consécutif à des maladies chroniques ou à des cachexies (5 à 10 grammes par jour durant un certain temps). J. B.

Sur l'action du régime lacté sur l'excrétion de l'urine, par CHIBRET (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 31 *mai* 1887).

Sous l'influence du régime lacté, l'excrétion de l'urée subit une remarquable augmentation; lorsque le régime lacté remplace complètement l'alimentation ordinaire, l'urée excrétée augmente de 60 0/0; et lorsque le lait n'intervient que pour moitié environ dans l'alimentation, l'augmentation est de 35 0/0. Comme des sujets obèses diminuent de poids, tandis que des sujets maigres engraissent sous l'influence de ce régime, on ne pourrait invoquer une dénutrition pour expliquer cet excès d'urée, qui est peut-être dû à ce que le lait modifie profondément la constitution de l'albumine du sang, et tend à réduire la proportion des déchets azotés insuffisamment oxydés. M. D.

Ueber hydroelectrische Bäder (Des bains électriques), par R. WAGNER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 10, *p.* 290, 15 *mai* 1887).

Comme Stein (*R.S.M.*, XXVIII, 489) et contrairement à Eulenburg, Wagner préfère le bain bipolaire au bain unipolaire. Dans le traitement des affections nerveuses générales par les bains électriques, il faut avant tout n'employer que des courants faibles, en se laissant guider à cet égard par les sensations des malades; pour les courants galvaniques, on s'arrêtera dès que le changement de courant devient appréciable au patient; pour les courants faradiques, on s'arrêtera à l'apparition d'un sentiment agréable de frémissement ou de fourmillement qui parcourt la surface du corps. Quand les malades sont très sensibles, on leur fait mieux tolérer les courants faradiques, si l'on commence la séance par quelques minutes d'application d'un courant galvanique de médiocre intensité.

Wagner a généralement constaté une diminution de la fréquence du pouls dans le bain électrique; à cet égard, ainsi que l'a remarqué Eulenburg, le bain galvanique a des effets beaucoup plus marqués que le faradique. La diminution du pouls a cependant fait défaut chez 2 des 9 malades dont Wagner rapporte les observations; l'un d'eux avait une affection médullaire, et l'autre de l'athérome artériel, avec lésion valvulaire et foyer cérébral.

Les bains électriques ont eu d'heureux effets dans les névroses cardiaques. Ce sont de puissants calmants, qui améliorent le sommeil, l'appétit et l'état général. Contre la neurasthénie, ils sont supérieurs à toute autre médication, principalement quand on les administre sous forme de bains bipolaires faradiques. J. B.

I. — Ueber das Gebrauch des Kreosots bei der Lungentuberkulose (Résultats de l'administration de la créosote dans la phtisie pulmonaire), par FRAENTZEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 311, 25 *avril* 1887).

II. — De l'emploi de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. Discussion de la Société de médecine interne de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 421, 6 *juin* 1887).

III. — Ueber den Ersatz des Buchenholztheerkreosotes... (De la substitution du gaïacol à la créosote de goudron de hêtre dans le traitement de la phtisie), par H. SAHLI (*Corres.-Blatt für schw. Aerzte*, *n°* 20, *p.* 616, 15 *octobre* 1887).

IV. — Études cliniques sur l'emploi des injections gazeuses dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par MÉNEAU (*Journ. de méd. de Bordeaux*, *mai et et juin* 1887).

V. — Résultats des lavements d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré dans la phtisie, par STATZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 581, 1er *août* 1887).

VI. — Ueber die Methode Bergeon in der Behaudlung der Lungenphthise, par COLLON (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, *n°* 18, *p.* 558, 15 *septembre* 1887).

I. — A ses malades de l'hôpital, Fraentzel fait prendre, par jour 35 à 55 centigrammes de créosote. Ce médicament est généralement pris sans difficulté et bien toléré. Mais Fraentzel exclut de cette médication les tuberculeux fébricitants et ceux dont les crachats fourmillent de bacilles. 15 des malades traités par la créosote ont quitté l'hôpital en état de travailler. Mais il est rare qu'on puisse renoncer à l'usage de la créosote au delà de quelques mois, sans voir reparaître une aggravation. Un des tuberculeux de Fraentzel est déjà venu 6 fois subir ce traitement pendant l'automne et l'hiver. Les bons effets de la créosote se traduisent par un remarquable appétit, une disparition des troubles gastriques, la régularisation des selles, la diminution de la toux, des douleurs thoraciques et de l'expectoration ; parfois même la disparition de celle-ci. Mais le chiffre des bacilles contenus dans les crachats ne baisse pas. En outre, l'habitus extérieur et l'humeur des malades s'améliorent et leur poids augmente (jusqu'à 25 livres).

51 autres tuberculeux ont été traités avec un succès passager de 1 ou 2 mois, après quoi leur maladie a continué son évolution. Mais chez 24 d'entre eux, l'administration de la créosote dut être suspendue par l'un des motifs suivants: nausées (2 fois), vomissements et inappétence (4 fois), crampes d'estomac (6 fois), quintes de toux violentes (1 fois), diarrhée (8 fois), refus du médicament (3 fois).

Dans sa clientèle privée, Fraentzel fait prendre la créosote à doses beaucoup moins fortes : 3 cuillerées à thé par jour d'une potion au centième. Sur les 9 tuberculeux qu'il a traités ainsi, il en compte 7 guéris, en ce sens que malgré la persistance de matité aux sommets, les râles et l'expectoration avaient disparu.

Les expériences que Fraentzel a faites avec Koch et Gaffky montrent que les inhalations créosotées sont inefficaces. Il en est de même d'ailleurs des inhalations d'aniline. J. B.

II. — P. Guttmann a voulu d'abord s'assurer des propriétés antiseptiques de la créosote, en la mettant en présence de 13 organismes pathogènes et de 4 non pathogènes. 13 des 17 microorganismes ne se dévelop-

pèrent plus dans une gélatine nourricière contenant 1/2000 de créosote et un certain nombre d'entre eux dans une gélatine ne contenant que 1/4000 de créosote. Quant aux 4 autres microorganismes, la limite extrême de leur développement fut dans un sol nourricier additionné de 1/1000 de créosote. Guttmann s'est assuré que ce n'est pas l'alcool des solutions créosotées qui leur confère ces qualités antiparasitaires.

Depuis les nouvelles recommandations de Fraentzel et de Sommerbrodt; Guttmann a traité 52 phtisiques par la créosote, mais il en a été peu satisfait, bien que cette médication soit très rationnelle.

W. Lublinski confirme d'une façon générale les observations de Fraentzel. Les hémoptysies ne sont pas une contre-indication à l'emploi de la créosote qui rétrécit les capillaires sanguins et accroît la coagulabilité du sang. Sur les 400 malades traités par la créosote, 210 ont été suivis assez longtemps pour qu'on puisse juger les effets de la médication : 74 d'entre eux seulement se trouvaient tout à fait au début de la maladie et n'avaient pas de fièvre ; les autres une fièvre ne dépassant guère 39°. Des 178 phtisiques de la policlinique, on en peut compter 12 comme guéris (cessation de la toux et de l'expectoration, auscultation normale, peu de chose à la percussion des sommets) ; sur les 15 malades privés qui avaient des lésions simples du sommet, 8 peuvent être considérés comme guéris auxquels il faut en ajouter 3 des 17 présentant des altérations plus marquées ; en outre, 7 autres ont éprouvé de l'amélioration. Quant aux malades restants de la policlinique, 24 ont vu leur état s'améliorer, 92 n'ont éprouvé aucun changement, et, chez le reste, l'affection pulmonaire s'est aggravée. Dans les cas d'amélioration, on a noté l'augmentation du poids du corps, la diminution de la toux et de l'expectoration, mais pas de modification du chiffre des bacilles. Les complications laryngées n'ont jamais été modifiées par l'administration de la créosote soit à l'intérieur, soit en inhalations ; en revanche les ulcérations du larynx se sont cicatrisées à la suite d'applications locales du médicament 9 fois 13. Assez souvent le poids des malades s'est accru de 3 à 4 kilogrammes en 4 semaines, sous l'influence du traitement créosoté.

Rosenheim a traité 50 tuberculeux aux divers stades avec la créosote associée à l'huile de foie de morue, mais sans bons effets.

Fraentzel rappelle qu'il n'a pas prétendu que la créosote fût un spécifique, mais seulement un bon médicament pour la phtisie au début ; c'est ainsi que sur les 400 tuberculeux admis annuellement à la Charité, il n'en a trouvé que 15 aptes à être traités de cette façon. Quant aux résultats défavorables signalés, il ne peut se les expliquer que par l'usage de créosote impure. J. B.

III. — La créosote de hêtre, contrairement à celle du goudron de houille, ne renferme pas de phénol ; ses principaux éléments constituants sont le gaïacol et le créosol, le premier prédominant sur le second. Le gaïacol, qui a pour formule $C_7H_8O_2$ est l'éther méthylique de la pyrocatéchine.

Après avoir reconnu d'une part les bons effets de la créosote de goudron de hêtre chez les phtisiques, d'autre part l'inconstance et l'impureté des créosotes commerciales, Sahli a eu l'idée d'employer à leur place le gaïacol, qui est un corps chimiquement pur et bien défini. Il l'administre comme Fraentzel le fait pour la créosote. Après chaque repas, les ma-

lades prennent dans un verre d'eau une cuillerée à café ou à soupe de la potion suivante : gaïacol 1 à 2 grammes ; eau 180 ; esprit de vin 20. Cette potion doit être contenue dans un flacon noir, car les solutions de gaïacol comme celles de créosote se décomposent à la lumière, en donnant lieu à un précipité de substances résineuses.

On peut aussi faire prendre le gaïacol dans de l'huile de poisson.

Sahli conclut de ses expériences thérapeutiques :

Dans la phtisie au début, le gaïacol calme les quintes de toux, facilite l'expectoration, souvent il diminue les crachats et relève l'état général ainsi que l'appétit. La tolérance pour ce médicament varie suivant les cas. Parfois le gaïacol provoque des vomissements, surtout chez les tuberculeux alités par la fièvre ou très débilités. D'autrefois il détermine de la diarrhée.

Son goût et son odeur sont plus agréables que ceux de la créosote. Autant que possible l'administration doit en être continuée plusieurs mois. J. B.

IV. — Méneau rapporte en détail les observations de neuf malades traités par la méthode Bergeon. D'après lui, cette méthode présente deux avantages qu'annihilent deux inconvénients sérieux. Elle diminue l'expectoration en l'épaississant ; elle diminue également la toux ; mais ces deux avantages, marqués au début du traitement, vont en diminuant ensuite pour disparaître.

En regard de ces deux caractères heureux, il est important de remarquer que cette médication supprime l'appétit et affaiblit les malades. En outre, il n'y a ni disparition ni même diminution des symptômes attribués jusqu'ici à l'intoxication putride (frissons, sueurs, diarrhée, etc.). OZENNE.

V. — Dix phtisiques, dont huit atteints gravement, ont été soumis à la médication de Bergeon, pendant un temps variable de 9 jours à 16 semaines.

Les lavements d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré ont facilité la respiration. Chez 6 malades, dès les premiers jours de ce traitement, il y a eu amélioration de presque tous les symptômes et de l'état général ; 2 malades n'ont pas éprouvé de mieux et les deux derniers sont morts. Parmi les 8 malades ayant de la fièvre hectique, 3 en ont été rapidement délivrés. Chez 9, la toux et l'expectoration ont été considérablement amoindries. Les sueurs nocturnes ont disparu chez 6, qui ont augmenté de 2 à 10 livres. Dans 6 cas, on a noté une diminution de la matité et des râles. Mais le chiffre des bacilles tuberculeux n'a baissé chez aucun des 10. Les contre-indications temporaires ou définitives de la médication ont été les douleurs, la diarrhée et la diminution continue du poids. Une heure après le lavement, la toux ramenait encore dans la bouche l'odeur d'hydrogène sulfuré. Deux fois au début du traitement on a noté des effets soporifiques. L'hydrogène sulfuré n'a été décelé ni dans l'air expiré, ni dans l'urine, ni dans la sueur. J. B.

VI. — Sans avoir obtenu des résultats aussi bons que les médecins lyonnais, Collon a constaté une amélioration, variable suivant le degré de la maladie, chez 15 de ses phtisiques. Mais les lavements gazeux n'ont exercé aucune influence sur la marche des phtisies galopantes avec haute température.

Sauf chez une femme, la médication n'a pas produit d'accidents dignes

d'être signalés. Cette malade éprouva, pendant une des injections, une congestion cérébrale avec perte passagère de connaissance ; durant les quelques jours suivants, cette malade ressentit une certaine lourdeur dans les membres supérieurs et des spasmes dans les articulations et dans la langue. Plus tard, alors qu'elle était soumise depuis trois mois à ce traitement, elle présenta momentanément une sorte d'ivresse avec excitation joyeuse et sentiment d'un bien-être extrême, phénomènes qu'on peut rattacher au sulfure de carbone.

En résumé, les lavements gazeux ont comme effets incontestables une diminution de la toux et de la fièvre, une augmentation de l'appétit et du poids. Ils ne détruisent sûrement point les bacilles tuberculeux, mais ils désinfectent à la longue, quand on les renouvelle quotidiennement, les matières accumulées dans les bronches et les cavernes. Ils empêchent ou modèrent l'infection chronique du sang chez les phtisiques. J. B.

Sur l'emploi de l'acide sulfureux en injections hypodermiques, par VILLI (*Bulletin gén. de thérap., p.* 132, 15 *août* 1887).

L'auteur s'est servi de solutions de gaz sulfureux dans la vaseline liquide obtenues en faisant passer dans ce véhicule un courant d'acide sulfureux, à température connue, jusqu'à saturation. D'après lui :

100 grammes de vaseline	à + 3°	disolvent	1gr,30 d'acide sulfureux	anhydre.
100 —	— à +13°	—	de 0gr,62 à 1gr,50	—
100 —	— à +14°	—	de 1gr,50 à 2 grammes.	— humide.

Ces solutions sont exemptes d'acide sulfurique.

En injections hypodermiques, dans les affections pulmonaires, cette solution, à la dose de 2 à 3 centimètres cubes, en une seule fois, est généralement bien supportée et produit une diminution de la toux et de l'expectoration. J. WINTER.

Bergeon's method of treating phtisis by gaseous enemata, par F. CRANE (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 541, 14 *mai* 1887).

Dans ce travail, lu à la Société de médecine de Chicago, Crane rapporte quatre cas dans lesquels a été appliqué ce mode de traitement. Deux cas de phtisie, avec amélioration notable, un cas d'intussusception de l'intestin et un cas de croup spasmodique ; dans ces deux cas le traitement opéra comme « un charme », et fit aussitôt cesser les accidents.

Dans la discussion, ont été rapportés de nombreux cas de tuberculose au début, de suppurations pulmonaires tuberculeuses, d'asthme bronchique très favorablement influencés.

Belfield croit que ces injections n'arrêtent point la tuberculose mais la septicité qui l'accompagne, et que maint autre état septique, septicémie chirurgicale, diphtérie, fièvre puerpérale, sont justiciables de ce traitement. MAUBRAC.

Die klinische Bedeutung des Sparteinum sulfuricum, par J. PRIOR (*Berlin. klin. Woch., n°* 36, *p.* 661, 5 *septembre* 1887).

Même chez l'individu bien portant, la spartéine détermine parfois la diurèse. Elle augmente la pression sanguine.

Son action bienfaisante dans les affections cardiaques n'est pas constante, mais elle réussit mieux dans les troubles de compensation d'origine valvulaire que dans les lésions du myocarde. Chez ceux même où la spartéine est impuissante à régulariser le rythme cardiaque, elle diminue la gêne respiratoire et la sensation d'oppression.

La spartéine ne semble pas efficace contre les accès d'asthme nerveux. Prior n'a vu qu'une seule fois la spartéine causer quelque symptôme incommode; il s'agissait d'irrégularités du pouls chez un malade qui avait pris 2 grammes du médicament en 2 jours. Le tube digestif tolère parfaitement le sulfate de spartéine.

Prior l'administre par doses de 10 à 20 centigrammes, qu'il répète si besoin est. Le médicament n'a pas d'effets cumulatifs.

L'action diurétique commence en moyenne 2 heures après l'ingestion, se maintient durant un temps égal, puis diminue, de sorte que le lendemain déjà on n'en retrouve pas trace.

En résumé, le sulfate de spartéine est indiqué dans les cas de maladies du cœur, où la digitale (qui reste encore le remède souverain) est inefficace ou inapplicable, pour une cause ou une autre, et toutes les fois qu'il s'agit de relever et de régulariser rapidement l'action du cœur. La spartéine semble précieuse, en particulier, dans les crises d'asthme cardiaque, d'angine de poitrine, car alors elle soulage les malades, bien qu'elle n'influence pas d'une façon appréciable les mouvements du cœur. Enfin, elle trouve son emploi quand il s'agit d'obtenir de la diurèse (*R. S. M.*, III, 524; XVII, 62; XXVII, 49 et 468; XXX, 55). J.B.

Ueber den Einfluss des Fuchsin auf Albuminurie (Inefficacité de la fuchsine dans l'albuminurie), par L. RIESS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 394, 30 *mai* 1887).

Riess a eu recours à la fuchsine, sans succès marqué, chez 20 malades atteints de formes diverses de néphrite. Cependant il a employé des doses en général notablement supérieures à celles de Bouchut, arrivant graduellement à la quantité quotidienne de 50 centigrammes et parfois même de 1 gramme. Chez 12 de ses malades, il a dosé chaque jour l'albumine des urines. Pour 2 seulement, elle a subi une diminution marquée; mais on ne peut voir là que l'évolution naturelle de la maladie, car il s'agissait de néphrites aiguës, l'une scarlatineuse, l'autre rhumatismale, datant toutes deux de 3 semaines déjà. Les 10 autres malades avaient une néphrite chronique ou subaiguë à divers stades (7 formes diffuses, 2 interstitielles et 1 amyloïde). Chez 6 d'entre eux, l'excrétion journalière d'albumine n'a éprouvé que les légères oscillations qu'on observe spontanément dans la maladie; chez 4 autres atteints de néphrite diffuse, il y a même eu augmentation d'albuminurie durant le traitement, qui a été continué, en général, pendant une quinzaine au moins.

Mais ces essais thérapeutiques, tout négatifs, démontrent au moins l'innocuité de la fuchsine pure, déjà affirmée par Bergeron et Clouet, (*R.S.M.*, XI, 95). Jamais Riess n'a vu d'autres conséquences de son emploi, que la coloration rouge des urines et des ongles (*R.S.M.*, XVI, 513; XVII, 557). J.B.

Whooping-cough (coqueluche) treated by nasal insufflation, par George HOLLOWAY (*Brit. med. journ.*, 15 *octobre* 1887).

Holloway emploie l'acique borique en poudre; les insufflations sont faites avec 2 à 3 grains (15 centig.) toutes les trois heures dans la journée, une fois dans la nuit. Il a traité 24 malades, 4 au-dessous de 6 mois, 5 au-dessous d'un an, 7 au-dessous de 3 ans, etc. Deux cas ont été compliqués de pneumonie et guérirent. Les insufflations ont de suite amené la diminution des quintes; dans un cas compliqué de laryngite striduleuse (spasmodic croup), en six heures, les attaques avaient disparu. La durée de la maladie a varié de 14 jours à 3 semaines, un cas 5 semaines. A. C.

I. — Antipyrine in sunstroke (De l'antipyrine dans le coup de chaleur), par G. HARRIS (*Brit. med. j.*, *p.* 930, *avril* 1887).

II.— Antipyrine bei Diabetes, par GOENNER (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte*, *n°* 19, *p.* 604, 1er *octobre* 1887).

III. — Antipyrin in rheumatism, par N. S. DAVIS (*Journ. of. Americ. Assoc.*, *p.* 13, 2 *juillet* 1887).

IV. — Ueber subcutane Antipyrininjectionen, par Raphael HIRSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 863, 14 *novembre* 1887).

I. — Un marin américain est frappé d'insolation, après quelques excès de boisson, et ramassé inconscient dans les rues de Calcutta. Séance tenante, on le soumet à la douche froide, aux bains froids, à l'enveloppement dans le drap mouillé. La température tombe de 108° F. à 102°, mais remonte très rapidement à 105° en quelques heures : on lui administre alors toutes les heures 1 gr, 50 d'antipyrine, dont l'effet est très rapide; en 5 heures, il tombe à 98°, et la température ne s'élève plus au delà de ce chiffre. Retour de la conscience et guérison rapide à partir de ce moment. H. R.

II. — Homme de 60 ans atteint de diabète il y a 6 ans, avec 6 0/0 de sucre dans l'urine. A la suite d'une cure à Carlsbad et en faisant toujours usage d'un régime approprié, la glycosurie n'a plus dépassé depuis ce temps 3 0/0. Toujours le salicylate de soude et l'eau de Carlsbad suffisaient à restreindre notablement l'excrétion de sucre.

Gönner, connaissant l'efficacité du salicylate de soude chez ce malade, eut l'idée de lui substituer l'antipyrine, et cela avec un résultat très satisfaisant à la dose de 3 grammes par jour. Au bout de 9 jours de cette médication, il n'existait plus trace de sucre dans les urines; dès le 4e jour, la liqueur de Trommer n'avait plus donné de réaction appréciable. J. B.

III. — L'auteur conclut : 1° L'antipyrine est aussi efficace que le salicylate de soude, produit des effets thérapeutiques semblables, est moins nauséeuse que ce dernier, ne produit ni migraine ni bourdonnement d'oreilles;

2° D'ordinaire elle agit avec plus d'efficacité dans les cas le plus franchement aigus;

3° Outre la diminution de la fièvre, par ses propriétés antipyrétiques, et aussi de la douleur, ce que produisent beaucoup d'antipyrétiques, l'antipyrine diminue la douleur en agissant directement sur le système nerveux. MAUBRAC.

IV. — Hirsch a obtenu la cessation immédiate des douleurs chez onze malades atteints de névralgies diverses et coupé un accès d'asthme chez

un autre, au moyen d'une seule injection d'une seringue de Pravaz contenant une solution aqueuse d'antipyrine à 50 0/0. J. B.

De l'hyoscine dans les maladies des reins, par Nestor TIRARD (*The Practitioner, t. XXXVIII, n° 2, p. 81, février* 1887).

Dans un cas d'affection chronique des reins, Tirard employa l'hydriodate d'hyoscine, mais en injections hypodermiques :

Hydriodate d'hyoscine....., un grain (0gr, 0648)
Eau distillée..... 200 minims (59 grammes).

L'injection de ce médicament, qui ne provoque aucune espèce d'irritation de la peau, ne tarde pas à amener le sommeil et le repos.

Nestor Tirard conclut que l'hydriodate d'hyoscine est un bon médicament auquel on devra avoir recours toutes les fois que la morphine ne pourra être employée. E. DESCHAMPS.

On the physiological action of colchicum on the kidneys of the gouty and rheumatic (Action phisiologique du colchique sur les reins des goutteux et des rhumatisants), par C. TAYLOR (*Brit. med. journ., p.* 235, *juillet* 1887).

Le point intéressant de ce mémoire est la comparaison du sang et de l'urine du goutteux avant et après l'administration du colchique. Le sang des goutteux renferme toujours une quantité démontrable d'urée et d'acide urique (dans l'observation I. 0,507 d'urée et 0,865 d'acide urique). L'urine, à cette date, renferme 10,49 d'urée et 0,257 d'acide urique. Après l'administration du colchique, ces analyses sont devenues, au bout de 12 jours :

Sang : aucune trace d'urée ni d'acide urique.
Urine : 17,63 d'urée ; 1,034 d'acide urique.
Il y a donc eu élimination de l'acide urique. H. R.

Saccharin bei Diabetes mellitus (Saccharine dans le diabète sucré), par E. KOHLSCHUTTER et M. ELSASSER (*D. Arch. f. klin. med., Band XLI, p.* 178, 1887).

La saccharine a été donnée à un diabétique maigre de 30 ans, qui rendait par jour environ 3 litres 1/2 d'urine renfermant de 300 à 320 grammes de sucre; on a donné de 1 à 2 grammes de saccharine pendant des périodes de 2 à 6 jours. Le sucre diminuait un peu dans les urines (229, 261, 271 gr.) ; la diurèse diminuait, et tombait aux environs de 3,000 grammes. Il est difficile d'y voir un effet thérapeutique de la saccharine. Cette substance déterminait, en effet, un dégoût si grand, qu'on dut la faire prendre en capsules ; malgré cela, le malade conservait dans la bouche un goût fade, qui diminuait beaucoup son appétit. C'est sans doute surtout à cette diminution de l'appétit qu'il faut attribuer la diminution légère de la quantité des urines et du sucre. D'après cela, on devrait seulement donner la saccharine à petites doses, pour remplacer le sucre dans l'alimentation, lorsque la privation de cette substance est pénible. Et encore observerait-on ainsi du dégoût. A. MATHIEU.

Ueber die diuretische Wirkung der Salicylsäure (Action diurétique de l'acide salicylique), par Arnim HUBER (*D. Arch. f. klin. Medic., Band XLI, p.* 121, 1887).

L'acide salycilique serait un véritable diurétique. Dans le rhumatisme articulaire, il élèverait la diurèse dans 89,41 cas sur 100, la diminuerait dans 8,23, la laisserait immobile dans 2,35. La moyenne de l'élévation diurétique d'après 19 cas serait de 578 centimètres cubes. Dans la fièvre typhoïde, on constaterait la même élévation du taux des urines 57 fois sur 100 (d'après 8 cas). Dans la phtisie, l'élévation serait observée 65 fois sur 100 (23 cas). Le plus souvent, il y a en même temps augmentation des substances solides dissoutes dans l'urine. Dans l'asystolie, l'acide salicylique, combiné à la diminution des liquides absorbés, d'après les indications d'Œrtel, a également augmenté la diurèse (4 cas).

A. MATHIEU.

Influence des agents antithermiques sur les oxydations organiques, par F. HENRIJEAN (*Archives de biologie, t. VII, fasc.* 2, 1887).

Malgré les nombreuses recherches, faites dans ces dernières années pour établir l'influence des antipyrétiques sur la nutrition, les différents expérimentateurs sont arrivés à des résultats peu concordants. L'auteur a institué des expériences sur des lapins sains et des lapins fébricitants, rendus malades par l'injection d'un liquide préparé, en faisant macérer de la viande dans l'eau pendant 44 à 48 heures. Il a expérimenté sur ces animaux l'action de la kairine, de l'antipyrine, du salicylate de soude et de la quinine; il a mesuré la température et la quantité d'oxygène absorbée en 10 minutes, avant et après l'absorption du médicament.

Chez l'animal sain, Henrijean n'a jamais observé de diminution dans la quantité d'oxygène absorbée après l'administration des antithermiques. A la suite de l'absorption du salicylate de soude, de l'antipyrine et de la quinine, la température n'a pas varié ou seulement de quantités insignifiantes; elle est tombée de 1° après l'administration de la kairine. La quantité d'oxygène ne variant pas, l'auteur attribue cet abaissement de température à une augmentation de perte de chaleur; l'appareil régulateur de la chaleur doit donc être altéré.

Chez les animaux fébricitants, l'administration des agents antithermiques amène la chute de la température, accompagnée d'une notable diminution de la quantité d'oxygène absorbée, et par conséquent d'une diminution des combustions organiques. L'action de la kairine est bien plus rapide que celle de l'antipyrine, mais l'effet est moins durable. Comparant à l'action des antithermiques l'action des bains froids sur les animaux fébricitants, dont l'effet est un abaissement de température accompagné d'une augmentation d'absorption d'oxygène, l'auteur se croit autorisé à conclure que les médicaments antithermiques sont sans influence sur les combustions physiologiques, tandis qu'ils abaissent le chiffre des oxydations chez les individus fébricitants. Il se demande si ces médicaments n'agiraient pas uniquement comme des antiseptiques; ne pouvant être introduits dans l'organisme en quantité suffisante pour tuer les germes morbides, ils les endormiraient en quelque sorte et empêcheraient leur action délétère. Les germes reprendraient leur vitalité après l'élimination des médicaments.

F. HENNEGUY.

La difteria e sua cura con la resorcina (La diphtérie et son traitement par la résorcine), par F. JAJA (*Il Morgagni, septembre* 1887).

Jaja rapporte 24 observations de malades traités par les pulvérisations d'une solution de résorcine à 10 0/0, sans autre adjuvant qu'un régime alimentaire convenable. Il suffit de faire chaque jour deux séances de pulvérisation de cinq minutes chacune; dans les cas plus graves, avec grande extension des fausses membranes, altération des tissus sous-muqueux et des lymphatiques, il est nécessaire de les répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Dans les cas de coryza diphtéritique, il faut faire pénétrer la solution antiseptique dans le nez; pour cela, on peut se servir du même pulvérisateur dont on adapte le bec aux narines et avec lequel on fait des irrigations de la même durée et avec la même solution successivement dans les deux narines; cette solution réussit comme hémostatique, dans les cas où il y a des épistaxis. Les bons résultats obtenus dans les cas publiés par l'auteur ne sont pas dus à la bénignité de l'infection qui aurait naturellement abouti à la guérison, car, dans plusieurs cas, il s'agissait d'angines graves qui n'auraient pas guéri spontanément. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber continuirliche Thallinisation bei Typhus abdominalis, par L. RUETIMEYER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 9, p.* 257, 1er *mai* 1887).

II. — Zur Behandlung des Typhus abdominalis mit Thallinum sulphuricum (Du traitement du typhus abdominal par le sulfate de thalline), par STEFFEN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXVI, Heft* 1).

I. — Rütimeyer a traité 20 malades atteints de fièvre typhoïde par la thalline. 9 d'entre eux ont reçu ce médicament à petites doses (0,06 à 0,20) d'heure en heure pendant le jour et toutes les deux ou trois heures durant la nuit. Il a constaté qu'à ces doses la thalline, même continuée durant les intervalles apyrétiques n'est efficace que dans les cas légers. Les autres typhoïdiques ont été soumis à la thallinisation progressive; un malade a pris ainsi 9gr,5 de sulfate de thallinine en vingt-quatre heures. La quantité moyenne de thalline prise par ces malades a été de 96 grammes pour chacun, tandis que chez les 9 premiers elle n'était que de 17 grammes.

Chez les typhoïdiques la durée moyenne de la période fébrile a été de 21,6 jours tandis qu'elle a été de 26,1 jour chez les autres malades traités par les bains. Rütimeyer n'a observé qu'une seule rechute, à la suite d'un écart de régime. Chez les malades thallinisés, comme on est le plus souvent privé des renseignements fournis par la température, il est important de surveiller l'état de la rate avant de reprendre l'alimentation. Rütimeyer attend généralement que l'hypertrophie splénique ait disparu depuis cinq jours avant de rien modifier au régime de la période fébrile.

La mortalité s'est trouvée la même chez les typhoïdiques thallinisés et chez ceux traités par les bains. La durée moyenne d'administration de la thalline jusqu'à apyrexie définitive a été de 11 jours 6/10. Suivant la préférence des malades, Rütimeyer la fait prendre en solution aqueuse ou en pilules.

En somme, en ce qui touche la durée de la fièvre et la mortalité, il n'y a pas de différence très marquée entre la thallinisation et l'hydrothérapie. J. B.

II. — Steffen a donné le sulfate de thalline dans la fièvre typhoïde dès que la température dépassait 38°. Ces cas sont au nombre de 11. La thalline a été le plus souvent bien supportée ; il y a eu rarement des nausées ou des vomissements. Presque toujours l'urine était colorée en jaune vert sale. Des sueurs plus ou moins profuses coïncidaient avec la chute de la température. Quand, après une dose de thalline, la température n'était pas revenue à la normale, on donnait une heure après une seconde et même une troisième dose, jusqu'à ce que la température fût normale. Après quelques heures, la température recommençait à monter pour atteindre 40, 41°.

L'administration de la thalline causait, en outre, un certain bien-être, un ralentissement de la respiration et de la circulation. L'intervalle apyrétique était de durée variable, quelquefois de plusieurs heures, le plus souvent d'autant moins long que la température avait été plus élevée. Il faut administrer la thalline dès que le thermomètre dépasse 38°.

BARBE.

Zur Behandlung der Diphtherie, par SCHNYDER (*Correspondenz-Blatt f. schw. Aerzte, n° 12, p. 381, 15 juin 1887*).

Schnyder recommande vivement le traitement de l'angine diphtéritique par la méthode indiquée par Alb. Lutz, en 1870. Il s'agit d'insufflations de fleurs de soufre obtenu par sublimation et non par voie humide.

Depuis 17 ans que Schnyder y a recours, il ne compte aucun insuccès. Comme on pourrait mettre en doute la justesse de ses diagnostics, il ajoute que les angines dont il s'agit étaient contagieuses (lui-même en a contracté une auprès d'un malade), et qu'elles ont plusieurs fois été suivies de paralysies. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Ueber die Localisation der Gehirnkrankheiten, par NOTHNAGEL (*Berl. kl. Woch., p. 331, 2 mai 1887*).

II. — *Idem*, par NAUNYN (*Ibidem, n° 18, 2 mai 1887*).

III. — Casuisticher Beitrag zur Localisation im Gehirn, par SIEMERLING (*Ibidem, p. 639, 22 août 1887*).

IV. — Zwei Fälle von Erkrankung der motorischen Zone des Grosshirns, par KŒNIG (*Ibidem, p. 580, août 1887*).

V. — Note sur un cas d'amnésie verbale visuelle, par SIGAUD (*Progrès médical, 3 septembre 1887*).

VI. — A case of symmetrical disease of the corpora striata (Lésion symétrique des corps striés), par Jonathan HUTCHINSON (*Brain*, *p.* 223, *juillet* 1887).

VII. — Contributo clinico alla localizzazione del centro olfattivo, par Emilio CARBONIERI (*Rivista clinica di Bologna*, *septembre* 1885).

VIII. — Tubercular growth of optic tract, crus, cerebral pons, etc. (Production tuberculeuse intéressant la bandelette optique, le pédoncule cérébral, la protubérance et l'ourlet, donnant lieu à de l'hémianopsie, de l'anosmie et à une hémiplégie partielle), par CHURTON (*Brit. med. j.*, *p.* 1161, *mai* 1887).

IX. — The muscular sense, its nature and cortical localisation (Le sens musculaire, sa nature et sa localisation corticale, par Charlton BASTIAN (*Brain*, *p.* 1, *avril* 1887).

X. — De la blépharoptose cérébrale, par LEMOINE (*Revue de méd.*, *p.* 579, *juillet* 1887).

XI. — A case of facial paralysis with paralysis of the palate from cerebral disease (Paralysie faciale et palatine d'origine corticale), par Hughlings JACKSON (*Brit. med. j.*, *p.* 729, *avril* 1887).

XII. — Case of spasmodic torticollis caused by cerebral lesion, par POORE (*Brit. med. j.*, *p.* 1099, *mai* 1887).

XIII. — A case of tumour of the pineal gland (Tumeur de la glande pinéale), par Edw. DALY (*Brain*, *p.* 234, *juillet* 1887).

XIV. — Tumeur de la glande pituitaire, par LECLERC (*Lyon médic.*, *p.* 569, 24 *avril* 1887).

XV. — Erweichungsheerd im rechten Grosshirnschenkel (Foyer de ramollissement dans le pédoncule cérébral droit), par ALEXANDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 18, *p.* 376, 1887).

XVI. — Two enormous intracranial aneurysms, par Byrom BRAMWELL (*Edinb. med. journ.*, *p.* 911. *avril* 1887).

XVII. — The pupil in its semeiological aspect (La pupille au point de vue cérébral), par W. MACEWEN (*Americ. journ. of med. sc.*, *juillet* 1887).

XVIII. — Ein Fall von doppelseitiger Ophthalmoplegie, etc. (Ophtalmoplégie double avec symptômes ataxiques et parésie unilatérale des muscles des mâchoires), par ZIEM (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 15 *février* 1887).

I. — Nothnagel discute les localisations cérébrales des sens spéciaux.

1° *Localisation du sens visuel.* Les lésions corticales donnent lieu à des troubles divers: C'est d'abord l'hémianopsie, puis la cécité complète qui n'est autre chose qu'une hémianopsie bilatérale. Dans la cécité psychique qui se combine souvent avec le daltonisme et parfois aussi avec l'hémianopsie, le malade voit, mais il n'utilise pas mentalement les images visuelles. Il peut enfin se produire soit des phénomènes lumineux, soit des images visuelles subjectives.

Pour Nothnagel, ces différents troubles visuels dérivent tous et exclusivement de lésions du lobe occipital. L'hémianopsie corticale permanente est liée à une altération de la substance corticale de ce lobe. C'est dans l'écorce du coin et de la première circonvolution occipitale que se trouve le centre des perceptions optiques. D'autre part, comme l'hémianopsie a été rencontrée dans des lésions intéressant uniquement

la 2e et la 3e circonvolution occipitale, cela prouve que l'emplacement du centre est sujet à des oscillations individuelles.

2° *Les troubles moteurs* de l'écorce, se traduisant soit par des convulsions, soit par des paralysies, ne prêtent pas davantage au doute ; quand ils se produisent dans les domaines du facial, de l'hypoglosse et des membres, ils sont la conséquence de lésions des circonvolutions centrales et du lobule paracentral. Exner désigne ces régions comme étant le champ central absolu, tandis qu'il existerait un champ cortical relatif dans les circonvolutions frontales et pariétales.

Le centre du sens musculaire dont la lésion entraîne l'ataxie, doit être cherché dans le lobe pariétal, sans que jusqu'ici on ait réussi à le délimiter parfaitement. L'ataxie peut exister avec ou sans paralysie.

3° *Les troubles sensitifs* de l'écorce, paralysies, hyperesthésies, etc. accompagnent souvent les paralysies motrices, mais peuvent exister seuls. On sait peu de chose sur leur localisation. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ils n'ont rien à voir avec les lésions de l'écorce occipitale et temporale, et qu'ils paraissent plutôt en rapport avec des altérations des circonvolutions centrales, pariétales et de la partie la plus postérieure des circonvolutions frontales.

Il n'existe pas de véritables suppléances des champs corticaux malades par d'autres parties de l'écorce.

II. — Pour compléter le rapport précédent, Naunyn s'occupe de la localisation de l'aphasie commencée dès 1867 par Broca. L'examen d'un grand nombre d'observations permet d'établir 3 groupes principaux d'aphasie : 1° l'aphasie motrice ou ataxique qui a son siège dans la circonvolution frontale inférieure gauche ou circonvolution de Broca ; 2° l'aphasie sensorielle ou aphasie avec surdité verbale dont le siège a été précisé par Wernicke, dans le lobe temporal ou les deux tiers postérieurs de la circonvolution temporale supérieure ; 3° l'aphasie vague comprenant la paraphrasie ou confusion des syllabes et des mots, etc., qui siège à la fois dans la circonvolution de Broca et dans la région de Wernicke. Mais comme environ les deux cinquièmes des cas de l'aphasie vague coïncident avec des lésions n'occupant aucune de ces régions, il en résulte qu'il faut admettre l'existence d'un 3e champ cortical, siégeant à l'endroit où la circonvolution angulaire se continue avec le lobe occipital. Quant à l'agraphie, on n'en connaît pas la localisation. J. B.

III. — Femme de 64 ans, prise en pleine santé d'une attaque apoplectiforme avec hémiplégie droite et aphasie mixte. Ces symptômes persistent plusieurs mois avec de légères rémissions. Vers la fin, s'y ajoute une parésie du facial droit. En outre, la malade a plusieurs accès épileptiformes, se caractérisant par des convulsions cloniques des membres paralysés.

Autopsie : Athérome des vaisseaux de la base de l'encéphale. Ancien foyer de ramollissement, gros comme une lentille, au niveau de la tête du corps strié gauche. Foyer de ramollissement jaune, récent, dans le lobe occipital gauche, intéressant à la fois les substances grise et blanche jusqu'à la corne postérieure du ventricule latéral. Pas d'autres lésions à l'œil nu. Au microscope, foyers multiples de cellules granuleuses dans la substance corticale de l'hémisphère gauche et dans sa substance blanche ; ces foyers de dégénérescence siégeaient dans le lobe temporal, dans la circonvolution centrale antérieure et dans la 3e circonvolution frontale. La partie postérieure de la capsule interne et la couche optique étaient saines. J. B.

IV. — Kœnig rapporte deux cas de lésions complexes cérébrales : l'une

concernant un dément atteint d'hémiplégie droite du facial, de l'hypoglosse et des membres: l'autopsie montra un hématome de la dure-mère avec atrophie de l'hémisphère gauche, et sclérose des circonvolutions centrales. L'autre a trait à un individu épileptique à la suite d'une chute, et dont les attaques commençaient toujours par une aura motrice du pied ou de la main droite. L'on trouva à l'autopsie une tumeur occupant les 2/3 supérieurs de la circonvolution centrale antérieure gauche, et gagnant le pied des circonvolutions frontales. Il s'agissait d'un gliome kystique.

L'auteur tire les conclusions suivantes : 1° En cas de maladie de la zone motrice, il suffit que la substance grise soit lésée pour produire des troubles de la motilité; 2° la sensibilité à la douleur peut être affaiblie ; 3° les dégénérations secondaires sont de règle. J. B.

V. — L..., âgée de 77 ans, a perdu la parole il y a 2 ans à la suite d'une pneumonie. A son entrée à l'hôpital, on note un ptosis droit assez marqué, un léger nystagmus à droite ; pas de surdité verbale. Pas de cécité verbale ; pas d'aphasie motrice bien caractérisée; pas d'agraphie. Elle copie convenablement un mot, mais avec beaucoup d'effort; elle peut parfois écrire un mot entendu, à condition qu'il soit court; elle est incapable d'assembler les lettres nécessaires à la formation d'un mot plutôt qu'incapable de les écrire.

A l'autopsie, on trouve au niveau du lobule pariétal inférieur 2 ou 3 lacunes, limites antérieures d'un petit foyer de ramollissement empiétant sur le pli courbe et s'étendant presque à la superficie de la couche corticale. H. L.

VI. — L'intérêt du fait d'Hutchinson réside en ce que le symptôme prédominant fut une paralysie précoce des sphincters. Il s'agit d'un homme de 54 ans, qui se présente à l'hôpital, en janvier 1885, avec de l'incontinence d'urine et des besoins fréquents d'uriner. Les organes génito-urinaires et la prostate étaient sains, mais le sphincter anal était relâché. Il n'y avait aucun symptôme de lésion de la moelle, ni aucune manifestation d'une affection cérébrale. Cependant, peu de jours après se déclarait l'incontinence des matières fécales, une grande apathie intellectuelle, et une perversion des habitudes morales. La mémoire restait bonne, mais le caractère avait changé : le malade était plus gai et plus optimiste que d'habitude, et il ne se préoccupait nullement de son incontinence d'urine. Il n'y avait aucun indice de paralysie générale. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, qui survint 2 mois après, dans un sommeil soporeux traversé par des mouvements convulsifs.

L'autopsie montra, à la face interne du corps strié gauche, une tumeur rosée, semi-gélatineuse, qui faisait saillie dans le ventricule et se confondait, en dehors, avec la substance grise du corps strié. Deux autres îlots du même genre se voyaient dans la substance blanche de l'hémisphère, du volume d'un noyau de cerise. Au point correspondant de l'hémisphère droit se voyait un foyer sanguin, paraissant s'être fait au sein d'une production analogue et cause évidente de la mort. Le reste de l'encéphale était sain. Histologiquement, la tumeur présentait la structure du sarcome.

L'auteur insiste sur l'absence de paralysie des membres, alors que les sphincters étaient paralysés. Il rapproche ce fait de deux observations publiées autrefois par Bright (*Medic. Rep.*, vol. 2), et par Auvert (*Atlas*, pl. 68, fig. 1). H. R.

VII. — Tuberculeux atteint de péritonite et des symptômes de tumeur cérébrale caractérisés par des accès d'odeur nauséeuse perçue au début, puis d'anosmie. L'autopsie fit voir une tumeur tuberculeuse au niveau de la circonvolution temporo-occipitale externe et de la circonvolution de l'hippocampe. Cette localisation est conforme à celle indiquée par Ferrier et Munk. H. R.

VIII. — Un homme de 35 ans est admis, le 18 novembre 1886, à l'hôpital

de Leeds. Depuis deux ans, il éprouve une sensation de faiblesse croissante, et depuis six mois, il souffre de la tête et du côté droit de la face. La station debout est difficile et la marche titubante ; bien que ses muscles ne soient pas atrophiés, ils sont sensibles à la pression et les réflexes légèrement augmentés. Pas d'anesthésie, point de paralysie ni de névrite. Intelligence obtuse et rêvasseries.

Quinze jours après son entrée, on note le début d'une paralysie faciale droite, sans hémiplégie concomitante des membres. Il a également de l'hémianopsie gauche et son odorat est très diminué de la narine droite. On note enfin une polyurie considérable, le malade rendant de 100 à 170 onces d'urine par jour.

La mort survint par les progrès du délire et du coma.

A l'autopsie, tous les organes sont trouvés sains, sauf l'encéphale. Il existe une tumeur de la base du cerveau, repoussant la bandelette optique droite, englobant l'espace perforé postérieur, le pédoncule cérébral droit et la circonvolution de l'ourlet (uncinate convolution) La protubérance était envahie. L'examen de cette tumeur montre qu'il s'agit d'une masse tuberculeuse. H. R.

IX. — Dans cet important mémoire, Bastian regarde le sens musculaire comme un phénomène exclusivement sensitif ; c'est une certaine variété de sensation, dérivant des muscles, et permettant d'apprécier le degré d'effort et de contraction musculaire nécessaire pour produire un mouvement.

Où se fait le travail d'élaboration cérébrale, qui transforme cette impression sensitive en une impression motrice? Bastian cite un certain nombre de faits, qui tendent à démontrer que la zone rolandique y prend une part active. La destruction des circonvolutions, dites motrices, de cette zone entraîne la perte du sens musculaire, et inversement, l'excitation de cette région l'exagère.

Il cite notamment un fait de Horsley, relatif à une épilepsie jacksonnienne consécutive à une ancienne fracture du crâne. Le malade trépané subit l'excision de l'ancienne cicatrice, de la pie-mère et du cerveau, et le résultat immédiat de l'opération fut de déterminer une hémiplégie motrice, avec perte de la sensibilité tactile des 2 dernières phalanges, et du sens musculaire ; le patient ne pouvait plus se rendre compte de la position respective de ses doigts. L'opération avait intéressé la région rolandique, et spécialement la frontale ascendante.

Le sens musculaire est ordinairement en corrélation avec l'état de la sensibilité cutanée ; mais ce n'est pas une loi absolue. Il peut y avoir dissociation des deux modes de sensation, et perte du sens musculaire avec conservation de la sensibilité tactile.

L'auteur passe ensuite en revue l'influence considérable qu'exerce le sens musculaire sur les mouvements automatiques et volontaires, et il arrive à conclure que le mouvement est presque impossible, si les impressions musculaires n'arrivent pas au cerveau dans leur intégrité. Les centres moteurs cérébraux ne seraient en réalité que des centres de réflectivité, de cette variété spéciale d'impression motrice. Ils n'auraient presque pas de raison d'être spontanément.

La conclusion de Bastian est très absolue : pour lui, on doit renoncer à appeler centres moteurs, ou psychomoteurs, les circonvolutions de la zone rolandique, parce que, en réalité, c'est une aire sensitive, destinée à recueillir les impressions musculaires. C'est là que se complète l'arc réflexe, entre les sensations et les décharges motrices ; mais sans

la sensation perçue, le mouvement n'existerait pas. Il n'admet donc pas que l'idée du mouvement puisse être une idée spontanée de l'encéphale et que la volonté puisse créer des idées motrices. Là encore, la sensation préexiste à l'intelligence, et la met inconsciemment en jeu. H. R.

X. — Le mémoire de Lemoine est basé sur l'observation d'un malade, atteint de rétrécissement mitral, qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme, survenue quatre ans avant la mort, présenta une blépharoptose complète du côté droit. Depuis cette époque, cet homme eut plusieurs attaques semblables surtout en janvier 1887. Il mourut dans le coma à la suite de l'une d'elles, et, à l'autopsie, on constata un foyer de ramollissement ancien, occupant le pli courbe et limité à ce pli.

Ce fait confirme donc ceux publiés par Grasset, Landouzy et Chauffard. Lemoine profite de la circonstance pour discuter la valeur de nombreux cas, ayant trait à la localisation de la blépharoptose. Avec Charcot, Pitres et Surmant, il ne croit pas que l'on puisse encore se prononcer. C. GIRAUDEAU.

XI. — Il s'agit, dans le cas de Jackson, d'un jeune homme de 26 ans, indemne de syphilis, qui, sans cause connue, est atteint d'engourdissement de la jambe et du bras, et devient brusquement hémiplégique droit et aphasique. La paralysie des membres disparaît au bout de quelques heures, l'aphasie au bout de 2 jours, mais le malade garde une hémiplégie faciale persistante, accompagnée de paralysie du voile du palais; il y a également perte de l'odorat. Les réactions électriques sont normales.

Dans ce cas, la lésion corticale des circonvolutions a déterminé des lésions qui auraient pu être prises superficiellement pour de la névrite périphérique. H. R.

XII. — Malade de 36 ans, atteint depuis six mois d'un torticolis spasmodique avec projection de la tête vers l'épaule droite. On pense d'abord à une contracture du sternomastoïdien gauche, mais la section sous-cutanée des attaches sternales de ce muscle ne modifia en rien l'état du malade, et le splénius droit continua à entraîner la tête.

L'auteur admit l'origine centrale de ce torticolis, d'après ce fait que le malade avait eu auparavant une céphalée syphilitique tenace, et que, de plus, il présentait sur la région frontopariétale gauche une cicatrice d'un ancien traumatisme.

On donna au malade du mercure, décidé à aller jusqu'à la trépanation si le mal ne s'amendait pas : la guérison survint avec le traitement antisyphilitique. H. R.

XIII. — Homme de 23 ans, sans antécédents morbides. Quinze jours avant son admission (30 octobre 1885), il se plaint de céphalée et de photophobie. Sa marche ressemble à celle d'un homme ivre. Les pupilles sont dilatées et l'ophtalmoscope révèle une double névrite optique. Les deux mois suivants, on note de temps en temps des crises spasmodiques des muscles des membres et du tronc, des vomissements, et quelques désordres intellectuels. En février, il est devenu presque aveugle et sourd, et présente un appétit extraordinaire, bestial. En avril, l'intelligence se perd et le malade devient gâteux; les accès épileptiformes se reproduisent de loin en loin. Finalement, il meurt dans le coma en mai.

L'autopsie montre une tumeur développée aux dépens de la glande pinéale et comprimant les tubercules quadrijumeaux qui sont ramollis. Histologiquement, le tissu de la tumeur a la structure du cancer alvéolaire. Pendant la vie, on avait diagnostiqué une tumeur du cervelet. H. R.

XIV. — Homme de 64 ans. Début, il y a dix-huit mois, par des céphalées, suivies de perte rapide de la vue à droite avec ptosis, puis de troubles visuels à gauche, vomissements fréquents. A son entrée, atrophie papillaire double.

Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité; déviation de la langue à droite; anosmie dans les derniers temps. Mort dans le marasme.

A l'autopsie, tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde au siège de la glande pituitaire; adhérences aux nerfs optiques. A. C.

XV. — Sujet de 45 ans, syphilitique, atteint brusquement d'hémiplégie gauche et de paralysie partielle de la 3e paire droite (ophtalmoplégie externe).

Diminution de la sensibilité à gauche. Pas de paralysie vaso-motrice, ni de troubles trophiques.

Au bout de deux ans, après des alternatives diverses, la 3e paire est atteinte dans sa totalité.

Un an plus tard, l'hémiplégie est totale; hémianesthésie, œdème, mort.

Autopsie. Le pédoncule cérébral droit, plus large que l'autre, contient un foyer de ramollissement gros comme une noix, qui n'empiète pas en arrière sur la protubérance, mais atteint en avant la couche optique et envoie un prolongement jusqu'aux parois du 3e ventricule. Épaississement des parois de l'artère basilaire de la sylvienne, de la cérébrale antérieure, avec plusieurs thomboses. Broncho-pneumonie terminale. L. GALLIARD.

XVI. — Bramwell rapporte l'histoire de deux énormes anévrismes qui se sont comportés exactement à la façon des tumeurs cérébrales.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 43 ans, atteinte de démence chronique, avec des attaques syncopales fréquentes, de la céphalée. Hémiplégie gauche incomplète; difficulté de la déglutition et de l'articulation; l'état de démence va en s'accentuant et s'accompagne d'une sorte d'état d'ivresse. La mort survient 2 ans et 9 mois après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouve un anévrisme de la dimension d'une petite orange, qui naissait de l'artère cérébrale postérieure droite, et faisait saillie dans les ventricules. Il y avait du ramollissement cérébral autour de l'anévrisme et de la pachy-méningite hémorragique.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 31 ans, qui avait présenté au début de la manie homicide, puis de l'hébétude graduellement progressive, de l'hémianopsie temporale, enfin de l'amaurose.

A l'autopsie, on découvrit un anévrisme du volume d'une grosse orange développé aux dépens de la carotide interne dans l'intérieur de la cavité cranienne.

La selle turcique était érodée, il y avait compression des nerfs optiques, du chiasma et des bandelettes. Le tissu cérébral était ramolli au pourtour de la tumeur. ALBERT MATHIEU.

XVII. — La suspension ou l'arrêt de l'activité cérébrale s'accompagne de mydriase. La théorie de Mosso est celle qui rend le mieux compte de ce phénomène; les mouvements passifs de l'iris sont réglés par son irrigation vasculaire, et celle-ci est en rapport direct avec la circulation cérébrale. Dans les cas de suspension générale des fonctions du cerveau, il y a ischémie simultanée de l'encéphale et de l'iris, d'où la mydriase. Si la lésion qui détermine l'ischémie ne porte que sur un seul hémisphère, il y aura mydriase unilatérale et homonyme.

Inversement, le myosis est fonction de la congestion de l'encéphale et de l'iris.

Toute lésion corticale qui paralyse un hémisphère détermine la mydriase du même côté.

Toute lésion corticale qui met en incitation un hémisphère rétrécit la pupille du même côté.

Les grandes hémorragies de la protubérance contractent fortement

les deux pupilles ; elles les dilatent, si le foyer est assez étendu pour envahir la substance grise située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius.

A. CHAUFFARD.

XVIII. — Homme de 38 ans, ptosis à droite ainsi qu'absence du regard en haut et en dedans, perte du réflexe pupillaire ; à gauche, absence du regard en dehors, pas de perte du réflexe pupillaire ; rétrécissement du champ visuel en dehors pour les deux yeux ; rien de bien notable dans le fond de l'œil. Pas de céphalalgie ; affaiblissement psychique. Tous les autres nerfs craniens, y compris les fibres sensitives de la 5e paire, ne présentent aucun trouble dans leurs fonctions ; il n'en est pas de même pour la partie motrice de cette 5e paire, car les mouvements de fermeture des maxillaires sont notablement diminués à gauche et quand la bouche est ouverte on constate une déviation considérable du maxillaire inférieur vers la gauche.

Titubation, incoordination et diminution de la sensibilité dans le membre inférieur gauche, disparition du réflexe rotulien à gauche seulement. Rien d'anormal aux membres supérieurs quant à la motilité ou à la sensibilité.

L'auteur fait remarquer qu'il ne peut s'agir là d'une paralysie périphérique du moteur oculaire commun, car le muscle de l'accommodation fonctionne encore partiellement ; — de plus il n'existe au membre inférieur gauche aucune trace de réaction de dégénération, comme cela devrait être dans le cas d'une affection périphérique ; enfin, jamais jusqu'à présent on n'a observé au cours des lésions de la base du cerveau, y compris la méningite, d'anesthésie d'une extrémité aussi prononcée que celle de ce malade. — Aussi a-t-il une tendance à considérer tous ces symptômes comme dus à un foyer dans le pédoncule droit.

Sous l'influence de l'iodure de sodium, il se produisit une certaine amélioration, aussi est-il probable qu'il s'agit là d'une lésion due à la syphilis.

PIERRE MARIE.

I. — A contribution to the pathology of the cerebellum, par E.-C. SEGUIN (*Journ. of nervous and mental disease*, XIV, *avril* 1887).

II. — A case of cerebellar tumour, par G. LISLE et Byrom BRAMWELL (*Edinb. med. j.*, *p.* 591, *janvier* 1887).

III. — Cyst of cerebellum, par HEMMING (*Brit. med. j.*, *p.* 831, *avril* 1887).

IV. — The lateral recesses of the fourth ventricle, etc. (Des diverticules latéraux du 4e ventricule ; leurs relations avec les kystes du cervelet et la méningocèle occipitale), par J. Bland SUTTON (*Brain*, *p.* 352. *octobre* 1886).

I. — 1° Ancien officier de marine ; maladie ayant débuté 18 ans avant la mort par des maux de tête et plusieurs attaques épileptiformes ou apoplectiformes, vue affaiblie avec atrophie des nerfs optiques ; nystagmus ; titubation cérébelleuse typique ; pas de paralysie ni d'ataxie ; exagération du réflexe patellaire ; clonus du pied ; hémiplégie gauche partielle sans contracture ; mort après symptômes bulbaires (dysphagie, salivation et polyurie). — A l'autopsie. kyste du cervelet, ayant détruit le lobe moyen et une partie du lobe latéral et comprimant le plancher du 4e ventricule. En outre, artérite oblitérante généralisée, ayant causé de nombreux foyers de ramollissement dans le cerveau. Foyer d'hémorragie au milieu de la partie droite de la protubérance (au niveau du faisceau pyramidal), ayant déterminé la dégénération secondaire descendante du type habituel.

2° J..., 14 ans ; tombe à 10 ans sur la tête, perte de connaissance, pas de vomissements ; dans la suite, à plusieurs reprises, violente céphalalgie occipitale et vomissements sans nausées ; plusieurs fois, attaques avec perte de

connaissance ; finalement, perte rapide de la vue (atrophie des nerfs optiques). Déviation des globes oculaires à gauche ; hémiparésie droite ; démarche chancelante, sans ataxie ni anesthésie ; conservation de l'intelligence. A la fin, ataxie limitée au membre supérieur droit ; mort dans le coma après convulsions et vomissements. — Autopsie : tumeur sarcomateuse, siègeant sur la partie inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit ; comprimant le mésocéphale ; kyste à contenu clair, occupant les trois quarts antérieurs du même hémisphère cérébelleux.

3° K..., 8 ans, maux de tête à l'occiput et au front, vomissements, double exophtalmie, démarche chancelante ; accroissement du volume de la tête, écartement des sutures, pseudo-paraplégie ; subitement disparition de l'exophtalmie coïncidant avec apparition d'une tumeur molle, fluctuante, au niveau de la suture lambdoïde, pas d'anesthésie ni d'ataxie ; conservation de la vue, de la parole, de l'intelligence. — Autopsie : tumeur fibro-sarcomateuse située dans l'hémisphère gauche du cervelet, développée aux dépens de la partie inférieure du lobe moyen et antérieur, comprimant tout l'hémisphère gauche et l'aqueduc de Sylvius, ayant ainsi déterminé l'hydrocéphalie et la hernie du sinus latéral qui formait la tumeur sous-cutanée.

4° F..., 28 ans, attaques répétées de violents maux de tête, avec nausées et vomissements, démarche ataxique ; titubation ; parésie du nerf de la sixième paire à droite, diplopie, pas d'hémianopsie, pas d'affaiblissement à la vue, pas de symptômes bulbaires, diminution de la sensibilité à gauche, absence de réflexe patellaire, affaiblissement généralisé. — Autopsie : tumeur sarcomoteuse occupant la plus grande partie de l'hémisphère cérébelleux droit, jusqu'à la ligne médiane, comprimant les régions environnantes. DESCOURTIS.

II. — Jeune homme de 24 ans, pris de vomissements et de somnolence. Cet état de choses dure deux ans. Vers la fin de la seconde année, on observe un peu de titubation dans la marche ; puis survient de la céphalalgie frontale. La mémoire et la vue s'affaiblissent, on constate de la névrite optique surtout de l'œil droit. Pupilles dilatées, mais égales.

La quatrième année, réapparition des vomissements, convulsions cloniques dans les deux membres à droite. Céphalalgie occipitale. Plusieurs pertes de connaissance.

A l'autopsie, on trouve une tumeur kystique, gliomateuse, du volume d'une orange ordinaire, développée dans le lobe moyen et le lobe droit du cervelet. La tumeur était bridée par la tente du cervelet. Le kyste était consécutif sans doute à une hémorragie développée au sein de la tumeur. Cette tumeur remarquablement vasculaire présentait en effet des traces de petites hémorragies interstitielles. L'examen histologique montra de la névrite du nerf optique. A. MATHIEU.

III. — Jeune homme de 18 ans, atteint, à l'âge de 12 ans, de convulsions unilatérales suivie de parésie légère du côté gauche. Les attaques se répétèrent, l'intelligence diminua, et le corps cessa de grandir. Au bout de 2 ans, il cessa de marcher, et dut garder le lit pendant les 4 dernières années de sa vie. Bientôt perte complète de la parole et développement d'une contracture des membres inférieurs.

A l'autopsie, épaississement des méninges, hydrocéphalie, nerfs craniens diminués de volume sans atrophie véritable. Le 4e ventricule était distendu par un kyste qui en occupait toute la cavité et se creusait une loge dans le cervelet. Il était rempli par un liquide séreux jaunâtre. H. R.

IV. — Voici les conclusions qui se dégagent de ce mémoire.

L'oblitération ou l'absence des diverticules latéraux du 4e ventricule, pendant la vie embryonnaire, amènent la dilatation de la 3e vésicule encéphalique et donnent naissance à une méningocèle ventriculaire faisant issue du côté de l'occiput.

L'occlusion, avant la naissance, de ces diverticules amène un ou des kystes locaux.

Les franges des plexus choroïdes qui tapissent la cavité ventriculaire peuvent s'accroître et dégénérer en tumeur villeuse.

Un papillome de ce genre forme un appel excellent pour les sels calcaires : la tumeur prend alors le nom de psammome. H. R.

I. — Acute Bulbärlähmung (Paralysie bulbaire aiguë), par F. MENDEL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 771, 10 *octobre* 1887).

II. — Fall von chronischer progressive Bulbärparalyse (Paralysie bulbaire chronique sans lésions microscopiques), par OPPENHEIM (*Ibidem*, *p.* 639, 22 *août* 1887).

III. — Ueber pseudobulbär Paralyse und acute bulbär Paralyse, par OPPENHEIM et SIEMERLING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, 1887).

IV. — Ueber Oliven degeneration bei Atheromatose der basalen Hirnarterien (Dégénération de l'olive consécutive à l'athérome des artères de la base du cerveau), par OPPENHEIM (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 638, 22 *août* 1887).

V. — Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge, etc. (Hémiatrophie linguale avec paralysie du spinal, d'origine bulbaire), par P. PEL (*Ibidem*, *p.* 521, 18 *juillet* 1887).

I. — Employé de bureau, âgé de 61 ans. Après six semaines de prodromes (douleur occipitale et changements d'humeur), il s'éveille une nuit avec une céphalalgie violente, des vomissements et un sentiment de vertige ; sa parole est inintelligible ; enfin, il présente une hémiplégie alterne de la face et des membres.

État quatre semaines après l'attaque : Paralysie du facial inférieur droit. Déviation de la langue. Parole incompréhensible à cause de l'articulation défectueuse des consonnes, des labiales surtout. Sialorrhée considérable. Dysphagie. Parésie du membre supérieur gauche. Ataxie intense des quatre membres non exagérée quand le malade ferme les yeux. Intégrité parfaite des réflexes tendineux et cutanés. J. B.

II. — Fille de 29 ans, prise d'affaiblissement des extrémités et de symptômes bulbaires, du côté de la parole, de la mastication et de la déglutition. Les phénomènes paralytiques augmentèrent graduellement, sans donner lieu à des atrophies. L'intelligence, la sensibilité et les sphincters demeurèrent indemnes. Mort au bout de deux ans, par pneumonie due à l'introduction des aliments dans les voies aériennes.

L'examen le plus minutieux de tous les organes nerveux, ne révéla rien de pathologique. L'auteur pense qu'il s'agissait d'une névrose bulbaire.

J. B.

III. — La paralysie pseudo-bulbaire, ou paralysie labio-glosso-pharyngée cérébrale, se distingue, d'après les auteurs, par la multiplicité des attaques apoplectiques, la paralysie des membres des deux côtés, l'absence de troubles respiratoires etc. On admet qu'il existe alors des lésions des deux hémisphères cérébraux. Or, dans cinq cas qui devaient être considérés, au nom de la clinique, comme appartenant à la forme pseudo-bulbaire, Oppenheim et Siemerling ont constaté, outre les lésions cérébrales bilatérales, des lésions bulbaires ou protubérantielles. Seulement il fallait le secours du microscope pour découvrir ces lésions. Ils pensent donc que plusieurs observations de paralysie pseudo-bulbaire

manquant d'un examen histologique minutieux, n'ont pas la valeur qu'on leur a attribuée jusqu'ici.

Une paralysie bulbaire aiguë a été causée par la compression d'un anévrisme de l'artère vertébrale gauche sur la moelle. L. GALLIARD.

IV. — A la suite d'athérome des artères de la base de l'encéphale, Oppenheim a observé 3 cas de dégénérescence par compression des parties voisines de l'olive entre autres ; ce qui fait l'intérêt de ces observations, c'est qu'une seule fois les lésions étaient visibles à l'œil nu.

Dans le premier de ces cas, l'artère vertébrale gauche était considérablement dilatée et avait, par compression, produit un ramollissement portant surtout sur la pyramide et l'olive gauches mais dépassant le raphé médian et s'étendant aussi à la moitié droite du bulbe.

Dans le second cas, la sclérose artérielle était beaucoup moins intense et les lésions de dégénérescence n'apparurent qu'à l'examen microscopique (atrophie de l'olive gauche). Dans le dernier cas, l'altération olivaire était encore moins marquée et visible seulement au microscope. Les deux premiers malades avaient eu des symptômes bulbaires graves; chez le troisième, les troubles de l'articulation et de la déglutition ne s'étaient montrés qu'à la fin. J. B.

V. — Homme de 34 ans, admis pour des douleurs de tête, du cou et de la dysphagie. Il y a 18 mois il a commencé à nasonner en même temps que les aliments liquides refluaient par le nez.

Sensibilité extrême et raideur de la nuque. Température, pouls et respiration indemnes. Tuméfaction universelle et indolore des ganglions. Inégalités sur la crête des tibias. Quand le malade tire la langue, la pointe de l'organe dévie à gauche (action du génioglosse droit) ; quand, au contraire, il la garde dans la bouche, la déviation est inverse à cause de la contraction des fibres longitudinales droites. Il existe, en effet, une atrophie manifeste de la moitié gauche de la langue. La sensibilité gustative est intacte, pas de salivation. Mastication et déglutition normales de même que la parole, qui a un timbre nasal. Rien du côté de la face et des lèvres. Mais il y a de la parésie de la moitié gauche du voile palatin et du pilier correspondant du palais, sans modification de la sensibilité autre qu'une exagération des réflexes. Luette un peu déviée à droite.

Intégrité des nerfs des sens spéciaux, des nerfs moteurs oculaires et du trijumeau.

Atrophie du sterno-cléido-mastoidien et du trapèze gauches, et paralysie de la corde vocale gauche sans anesthésie du larynx.

Aucun symptôme médullaire. Pas d'autre phénomène suspect du tabes que la suppression des réflexes tendineux des deux côtés. Urines normales.

Affaiblissement de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs du côté malade, sans aucune réaction de dégénérescence.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, à la dose maxima de 3 grammes par jour, les violentes douleurs de la tête et du cou disparurent rapidement, ainsi que le reflux des liquides par les fosses nasales, mais les symptômes physiques ne présentèrent aucune modification.

Huit mois plus tard, l'état du malade était encore le même, sauf peut-être que l'atrophie du sternomastoïdien et du trapèze avait un peu diminué.

Pel pense qu'il s'agit d'une affection bulbaire causée peut-être par une dégénération syphilitique de l'artère spinale antérieure gauche qui alimente les noyaux de l'hypoglosse et de l'accessoire. J. B.

I. — Cases of injury to the cervical region of the spinal cord (Lésions traumatiques de la moelle cervicale), par W. THORNBURN (*Brain*, *p.* 510, *janvier* 1887).

II. — Contribution à l'étude du ramollissement de la moelle épinière, par C. NAUWERK (*Il Morgagni*, *janvier* 1887).

III. — Ueber Paraplegie bei Pott'scherkrankheit (Paraplégie dans le mal de Pott), par J. ALTHAUS (*Centralbl. f. Nervenheilk.* n° 9, 1887).

IV. — Ueber Accessoriuslähmung bei Tabes (Paralysie du spinal dans le tabes), par MARTIUS (*Berl. kl. Woch.*, n° 8, *p.* 126, 21 *février* 1887).

V. — Ueber Wirbelerkrankungen bei Tabetiken (Des complications vertébrales du tabes), par KROENIG (*Ibidem*, *p.* 702, 11 *octobre* 1886).

VI. — Beitrag zur Symptomatologie der Tabes. Ileus im Verlauf derselben (Étranglement interne dans le cours du tabes), par Paul SANDOZ (*Corr. Blatt für schweiz. Aerzte*, n° 2, *p.* 41, 15 *janvier* 1887).

VII. — Le masque tabétique, par MILIOTTI (*Il Morgagni*, *janvier* 1887).

VIII. — Des troubles paralytiques chez les ataxiques, par PIERRET (*Lyon médic.*, *p.* 158, 30 *janvier* 1887).

IX. — Un cas d'ataxie avec début par des troubles trophiques, par H. MOLLIÈRE (*Ibidem*, 17 *juillet* 1887).

X. — Ein Fall von Tabes dorsalis, etc. (Tabes avec crises pharyngées), par OPPENHEIM (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 310, 25 *avril* 1887).

XI. — Zur Kenntniss des Vagussymptome bei Tabes (Troubles du pneumogastrique dans le tabes), par B. KUESSNER (*Ibidem*, *p.* 356, 16 *mai* 1887).

XII. — A case of ataxy with loss of muscular sense (Ataxie avec perte du sens musculaire), par Byrom BRAMWELL (*Brain*, *p.* 218, *juillet* 1887).

XIII. — Ueber neuritische Muskelatrophie bei Tabes (Atrophie musculaire d'origine névritique dans le tabes), par Ern. REMAK (*Berl. klin. Woch.*, 27 *juin* 1887).

XIV. — Tabes précoce et hérédité nerveuse, par BERBEZ (*Progrès médic.*, 8 *juillet* 1887).

XV. — Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis, par RINDFLEISCH (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, *p.* 365, *et Berl. kl. W.*, *p.* 331, *mai* 1887).

XVI. — Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nerven, par OPPENHEIM et SIEMERLING (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *XVIII*, *Heft* 1, *p.* 98, *et Heft* 2, *p.* 487, 1887).

XVII. — Zur Frage der combinirten Systemerkrankung des Rückenmarks (Affections systématiques combinées de la moelle), par A. ERLICKI et J. RYBALKIN (*Ibidem*, *XVII*, *Heft* 3, *p.* 693).

XVIII. — Die pseudosystematischen Degenerationen des Rückenmarks, etc. (Dégénération systématique de la moelle à la suite de leptoméningite), par BORGHERINI (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 21, 1887).

XIX. — Un cas de maladie de Friedreich, par BLOCQ (*Arch. de neurologie*, *mars* 1887).

XX. — On Landry's Paralysis, par J.-Dixon MANN (*Medical Chronicle*, *mai* 1887).

XXI. — Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, par PITRES et VAILLARD (*Arch. de physiol.*, 15 *février* 1887).

XXII. — Ein Fall von Cysticerken im Rückenmark (Hydatide de la moelle), par L. HIRT (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 36, *janvier* 1887).

XXIII. — Ueber neue günstigen Formen von Hemilœsion des Rückenmarks (Hémilésions curables de la moelle), par ROSENTHAL (*Wien. med. Presse*, *n°* 8, *p.* 265, 1887).

XXIV. — Dactylite hypertrophique symétrique du gros orteil, par SPRINGER (*Revue de médecine*, 10 *avril* 1887).

XXV. — Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen (Lésions médullaires correspondant à la disparition du réflexe rotulien), par WESTPHAL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 580, 1er *août* 1887, *et Arch. f. Psych.*, *XVIII*, *p.* 628).

I. — Mémoire intéressant, portant sur neuf observations de plaies de la moelle avec ou sans hématomyélie. L'auteur insiste de préférence sur les points suivants :

a) Les hémorrhagies du canal vertébral sont très fréquentes et jouent un rôle important dans la symptomatologie des traumatismes de la région cervicale. Le symptôme qui semble en dépendre est la paralysie partielle des membres supérieurs, que l'on attribue souvent à tort à la commotion de la moelle. La rareté des autopsies dans les faits de ce genre, où il n'existe point de fractures ni de luxations des vertèbres, explique l'incertitude des données cliniques.

L'hémorragie de la moelle se produit en général au niveau de la 4e ou 5e paire nerveuse cervicale, ce qui peut s'expliquer mécaniquement par une extension forcée de la colonne vertébrale, les 4e et 5e vertèbres correspondant au point le plus prononcé de la courbure antérieure.

b) Au point de vue des symptômes, la déformation extérieure fait toujours défaut. L'hyperesthésie est rare, ordinairement remplacée par des fourmillements dans les membres supérieurs. Le priapisme est au contraire un symptôme constant dans les cas de fracture, inconstant dans les cas d'hématorachis. La rétention d'urine ne se voit également que dans les fractures. La pupille est toujours modifiée, tantôt contractée, dans les lésions graves de la moelle ; tantôt dilatée, dans les lésions superficielles et l'hématorachis. Les réflexes cutanés et tendineux sont constamment diminués, souvent supprimés, même dès le début du traumatisme. H. R.

II. — Une jeune fille de 24 ans, atteinte de fièvre typhoïde trois ans auparavant, est prise de douleurs le long du rachis, puis ressent des fourmillements à la plante des pieds ; au bout de quinze jours, paralysie des membres inférieurs, incontinence de l'urine et des matières fécales, puis anesthésie totale, escarre sacrée. Mort sept semaines après le début des accidents.

A l'autopsie, ramollissement de la moelle à la partie moyenne de la région dorsale ; à ce niveau, les deux substances blanche et grise ne peuvent être distinguées l'une de l'autre. Le ramollissement porte principalement sur les cordons postérieurs et latéraux et s'accompagne de dégénération ascendante et descendante. Au niveau du foyer de ramollissement, cylindres axes et gaine médullaire détruits et remplacés par des gouttes de myéline ou de graisse ; pas de lésions importantes des cellules de la moelle. En aucun point de la moelle il n'y a d'infiltration cellulaire inflammatoire. Dans les points ramollis, épaississement des parois des artérioles, qui sont obstruées par une substance hyaline, homogène, se colorant fortement par le carmin.

Cette observation est le seul exemple connu d'un ramollissement de la moelle dû à l'artériosclérose; quant à la cause de cette dernière, elle est très probablement la fièvre typhoïde antérieure. GEORGES THIBIERGE.

III. — A la suite d'une observation de mal de Pott chez une jeune fille de 20 ans chez laquelle il existait une paralysie presque absolue sans perte de la sensibilité, Althaus émet cette opinion qu'il faut dans le mal de Pott distinguer trois degrés différents de compression médullaire. Dans le premier, le plus léger, il n'existe que de la déformation rachidienne sans paralysie ou autres symptômes nerveux particuliers; il est probable que dans ces cas la compression ne fait que déplacer le liquide céphalorachidien sans atteindre la moelle. — Le second degré est déterminé par un degré modéré de pachyméningite externe et de myélite interstitielle amenant de la paraplégie sans perte de la sensibilité ou de la motilité réflexe et n'intéressant que les faisceaux blancs, mais non la substance grise médullaire. — Le troisième degré serait représenté par l'existence d'une myélite transverse plus ou moins complète, il s'accompagne de paralysie des membres et des sphincters et de la perte de la sensibilité ; ce dernier phénomène dans le mal de Pott doit donc être considéré comme l'indice d'une lésion profonde. PIERRE MARIE.

IV. — Ataxique âgé de 35 ans, présentant des crises laryngées avec paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Ce malade offre en outre une paralysie avec atrophie de la portion inférieure des deux trapèzes. Au contraire, le volume et la contractilité de la portion supérieure des trapèzes sont parfaitement conservés. Or, on sait que le trapèze reçoit des filets nerveux provenant les uns du plexus cervical, les autres de l'accessoire de Willis. Mais les ouvrages d'anatomie ne donnent aucun renseignement sur la répartition des nerfs à l'intérieur du muscle. L'observation actuelle montre que la portion inférieure ou ascendante du trapèze est animée par le spinal. D'autre part, la coexistence, chez le même malade, de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs semble donner tort à l'opinion régnante qui admet des noyaux d'origine complètement différents pour les deux ordres de fibres constitutives du spinal. Elle est en faveur de la manière de voir de Koller et de Darkschewitsch (*Arch. f. Anat. und Phys.* 1885), qui placent l'origine commune des filets bulbaires et médullaires de l'accessoire de Willis dans le groupe latéral de cellules de la corne antérieure qui se prolonge directement dans le bulbe. J. B.

V. — Krönig rapporte 3 cas de fracture d'un corps vertébral lombaire survenu chez des ataxiques. Chez les deux premiers malades, la fracture est survenue à la suite d'un traumatisme, elle remonte à 11 ans chez le premier, et à 13 ans chez le second. Tous deux ont une grande tendance à tomber en avant et vacillent quand ils sont debout en marchant.

Chez un 3e ataxique, il a suffi d'un simple écart des jambes pour produire la même lésion rachidienne. J. B.

VI. — Sandoz rapporte l'observation d'un homme de 55 ans, qui, en pleine santé, fut pris de douleurs abdominales violentes et de symptômes d'obstruction intestinale (vomissements fécaloïdes).

Ces accidents ne cessent qu'au bout de 10 jours. Le malade présentait d'autre part les symptômes initiaux du tabes : douleurs fulgurantes, fourmillements à la plante des pieds, pupilles étroites, inégales et complètement immobiles, absence des réflexes rotuliens. Marche vacillante quand les yeux sont fermés.

L'auteur admet que c'est une crise gastro-intestinale qui est devenue le point de départ de l'iléus. J. B.

VII. — Sous le nom de masque tabétique, l'auteur décrit les troubles de la sensibilité de la face observés chez les tabétiques. Ces troubles consistent en une anesthésie tactile plus ou moins profonde avec hyperalgésie et sensations particulières, quelquefois indescriptibles. Il existe en même temps divers troubles dans les fonctions des nerfs crâniens ou de leurs centres : crises laryngées, chute des dents, altérations oculaires, altérations du goût. On peut observer le masque tabétique dans le tabes commun confirmé, dans le tabes fruste ou à la période préataxique.

Il est certainement dû à une lésion du nerf de la cinquième paire dans son trajet ou au niveau de son noyau : l'analogie avec les autres lésions du tabes tend à faire admettre qu'il s'agit plutôt de lésions centrales que périphériques, et en effet, dans les autopsies de Hayem et de Demange, il y avait des lésions du noyau du trijumeau. GEORGES THIBIERGE.

VIII. — Pierret admet que les troubles paralytiques des tabétiques (impossibilité de se tenir debout sans affaiblissement des membres inférieurs) sont en rapport avec la dégénérescence de la partie médiane des cordons postérieurs. Quand la sclérose débute par le système des fibres radiculaires externes, les troubles de la sensibilité ouvrent la scène : l'inverse survient quand les cordons de Goll se prennent les premiers. Lorsque ces derniers sont seuls malades (on en connaît cinq cas), les troubles de la station et une paralysie flasque des membres inférieurs constituent tout l'appareil symptomatique. H. R.

IX. — Relation d'un cas d'ataxie à allures tout à fait anomales, les troubles trophiques ayant été les premiers symptômes de l'affection médullaire.

Le malade, âgé de 45 ans, non syphilitique, a débuté, en 1881, par avoir un mal perforant plantaire à gauche. En 1882, chute de toutes les dents supérieures en 6 mois; aucune n'est altérée, les gencives sont intactes. Nouveau mal perforant plantaire à droite; puis successivement troubles de l'accommodation.

A son entrée à l'hôpital, en 1887, on constate les signes de l'ataxie : douleurs lancinantes, contraction des pupilles, troubles de la miction, démarche, etc. A. C.

X. — Femme de 33 ans, présentant tous les symptômes de l'ataxie locomotrice. Depuis plusieurs années, elle a notamment de violents accès de vomissements et des crises rectales; elle offre aussi des quintes de toux convulsive et une paralysie des cordes vocales.

Enfin, cette malade a des troubles pharyngés qni ne paraissent pas avoir encore été décrits. De temps en temps, elle est prise de mouvements de déglutition convulsifs se répétant 24 fois par minute et s'accompagnant, à la fois, d'un bruit de glouglou et d'un sifflement. Ces crises durent en général 10 minutes; quand elles se prolongent plus longtemps, elles diminuent d'intensité. Elles se produisent, soit spontanément, soit dans la déglutition; mais on les provoque sûrement par la pression sur les côtés du larynx où se trouve un point douloureux. J. B.

XI. — Küssner rapporte deux faits de crises laryngées chez des ataxiques; chez l'un et l'autre malades, les troubles respiratoires avaient débuté à la suite d'un refroidissement.

Le premier de ces hommes avait en outre un goitre stationnaire depuis de longues années. La dyspnée inspiratoire s'accrut au point d'exiger la trachéo-

tomie; le malade succomba à l'asphyxie deux jours après cette opération.

Chez le second malade, outre les crises laryngées, il y avait des crises gastriques, rectales, vésicales, des œdèmes et de la fréquence du pouls. Jusqu'à la fin, le bromure de potassium réussit à atténuer considérablement les troubles laryngés.

Chez ces deux hommes, l'examen laryngoscopique montrait les signes d'une paralysie des dilatateurs de la glotte.

Il ne paraît cependant pas douteux à Küssner que, dans l'un comme dans l'autre cas, il y avait à la fois paralysie des dilatateurs et contracture secondaire des constricteurs de la glotte. Au point de vue clinique, l'élément spasmodique avait beaucoup plus d'importance.

Comme point de départ des accidents, Küssner admet une lésion du pneumogastrique. J. B.

XII. — Dans l'observation de Bramwell, le côté intéressant est que le sens musculaire est profondément atteint, alors que la sensibilité cutanée (sauf thermique) est intacte. Il s'agit d'un homme de 40 ans, ataxique depuis huit ans, syphilitique 16 ans auparavant. Il lui est impossible de se tenir debout et de marcher, parce qu'il n'a aucune conscience de la position de ses membres, ni du degré d'effort à faire pour faire contracter ses muscles. Cependant, couché, il peut, en regardant ses jambes, leur faire faire tous les mouvements qu'il veut, et ces mouvements sont coordonnés et bien équilibrés. Les yeux fermés, il lui est impossible de les reproduire, et il ignore complètement où se trouvent ses jambes. Il n'a pas non plus la notion du poids ni de la pression. Ces symptômes sont exclusivement localisés aux membres inférieurs : les membres supérieurs sont presque normaux. La sensibilité tactile est partout conservée, même pour les plus légers attouchements, sauf au voisinage de l'ombilic, où existe une plaque d'anesthésie. Il y a donc là une dissociation des plus nettes entre l'état de la sensibilité tégumentaire et le sens musculaire, qui est absolument perdu. H. R.

XIII. — L'observation de Remak prouve que toutes les atrophies musculaires dégénératives rencontrées dans les tabes ne sont pas d'origine médullaire et qu'elles peuvent tenir à une névrite périphérique.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, présentant tous les signes d'une ataxie locomotrice, surtout marqués aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, tout se borne à gauche à quelques troubles de la sensibilité au niveau des pulpes digitales. A droite, au contraire, existe une atrophie très nette de l'éminence thénar. L'avant-bras droit n'offre aucune lésion. Au niveau des muscles atrophiés, on constate une absence presque complète de réaction électrique pour les deux sortes de courants, et il existe la réaction de dégénérescence. A l'avant-bras, le médius réagit normalement. J. B.

XIV.— Sur 150 tabétiques, l'auteur a pu en trouver 61 chez qui l'hérédité nerveuse était bien établie, et dont il donne le tableau suivant :

Aliénation mentale	15 fois
Ataxie locomotrice	8
Paralysie générale	7
Épilepsie	4
Hystérie	6
Alcoolisme avec accidents cérébraux	7
Maladie de Parkinson	2
	49 fois.

Les 12 autres malades étaient atteints de nervosisme plus ou moins

vague. Il s'agissait dans tous les cas d'ascendants directs ou éloignés, et dans 36 cas, d'hérédité directe, père ou mère, ou tous les deux.

Le relevé des observations montre que l'ataxie a débuté 3 fois après 60 ans, 8 fois entre 50 et 60, 54 fois entre 40 et 50, 42 fois entre 30 et 40, 28 fois entre 20 et 30, 5 fois entre 16 et 20. L'auteur conclut que le tabes est une maladie essentiellement héréditaire, que la précocité d'apparition est en raison directe de l'hérédité nerveuse ; chez les tabétiques précoces l'hérédité est proche ; c'est chez les ascendants directs et non dans la ligne collatérale que l'on retrouve la tare nerveuse ; les deux maladies les plus fréquentes sont l'aliénation mentale (la paralysie générale comprise) et l'ataxie locomotrice. H. L.

XV. — Rindfleisch cherche à expliquer l'atrophie des cornes postérieures par la compression qu'exerce la pie-mère épaissie. Pour le démontrer mécaniquement, il place une coupe de moelle sur une lame élastique et la comprime en produisant une action centripète. Il constate de cette façon que les masses grises des cornes postérieures se resserrent très nettement sous l'influence d'une pression modérée, tandis que les cornes antérieures résistent à un effort considérable. C'est à la disposition des cloisons fibreuses qu'il faut attribuer ces divergences.

L. GALLIARD.

XVI. — Oppenheim et Siemerling ont étudié treize cas de tabes au point de vue de la dégénérescence des nerfs périphériques. Comme point de comparaison, ils ont examiné les nerfs chez des sujets morts de maladies infectieuses et de cachexies.

Il ressort de ces recherches que dans les maladies les plus dissemblables les nerfs sont très souvent dégénérés, le plus souvent avec les caractères de la dégénérescence parenchymateuse, plus rarement avec ceux de la névrite interstitielle. Les résultats obtenus pour les tuberculeux et les typhiques confirment absolument les conclusions de Pitres et Vaillard.

Reste à savoir, dans ces conditions, si la dégénérescence des nerfs constatée relève véritablement du tabes. Les auteurs le croient, en raison du développement des lésions de névrite chez les tabétiques ; mais ils regardent les symptômes cliniques observés comme étant l'expression des altérations spinales, bien qu'ils ne rejettent pas absolument l'hypothèse de lésions initiales des nerfs retentissant sur leurs noyaux d'origine spinaux.

Les localisations les plus intéressantes de la névrite signalées par Oppenheim sont l'atrophie du nerf vague, rencontrée dans deux cas, celle des rameaux laryngés du même nerf, constatée dans un cas, avec intégrité des noyaux d'origine du pneumogastrique ; la dégénérescence des nerfs des muscles de l'œil dans un cas ; celle de la racine sensitive du trijumeau, avec intégrité du noyau d'origine et de la racine motrice ; la dégénérescence des racines du nerf acoustique dans un cas de tabes avec dureté de l'ouïe. E. RICKLIN.

XVII. — Erlicki et Rybalkin relatent l'observation d'une jeune fille de 18 ans, qui, tombée malade à la suite d'un refroidissement, présentait au bout d'un an comme principaux symptômes : l'incoordination motrice aux jambes, et à un degré moindre, aux membres supérieurs, une perversion du sens musculaire généralisée, l'abolition du phénomène du

genou, mais pas de troubles de la sensibilité commune, ni de douleurs, ni de paralysie motrice. La malade succomba, au bout de vingt mois de maladie, à la tuberculose pulmonaire.

Les altérations de la moelle consistaient dans une dégénérescence des faisceaux pyramidaux latéraux et de presque toute l'épaisseur des cordons postérieurs. La dégénérescence empiétait sur la zone latérale de substance grise comprise entre les cornes antérieure et latérale de chaque côté : cette lésion de la substance grise était évidemment secondaire.

La sclérose des cordons postérieurs contraste avec l'intégrité parfaite de la sensibilité commune. D'autre part ce fait prouve l'indépendance de la sensibilité commune et du sens musculaire. Il parle en faveur de la théorie qui localise dans les cordons postérieurs les filets sensitifs destinés aux muscles, aux tendons et aux os, et qui considère la substance grise de la moelle comme la principale voie de transmission des impressions sensitives générales. La sclérose des cordons latéraux ne s'est révélée par aucun symptôme appréciable, sans doute parce que cette lésion est survenue tardivement, dans les derniers temps de la vie.

E. RICKLIN.

XVIII. — Borgherini publie cinq faits de scléroses médullaires combinées et admet la filiation suivante : d'abord sclérose systématique des cordons postérieurs, secondairement méningite chronique, et enfin sclérose pseudo-systématique des cordons antéro-latéraux. Il propose de donner à la maladie le nom de *périmyélite*, pour marquer le rôle des méninges spinales et de la couche corticale sous-méningée dont l'inflammation précède la sclérose antéro-latérale. L'épaississement de cette couche de Frommann a généralement échappé aux auteurs, surtout quand il ne s'accompagnait pas de lésion de la pie-mère.

Atrophie partielle des racines antérieures et postérieures. — Dans ces cas, on diagnostique ordinairement pendant la vie soit l'ataxie, soit la sclérose latérale amyotrophique. Or, les lésions fondamentales sont toujours constituées par la sclérose postérieure et par la leptoméningite ; on voit s'y ajouter à des degrés variables la sclérose antéro-latérale.

Cette périmyélite de l'auteur se présente sous deux formes cliniques principales :

1° Le tabes spasmodique ;

2° L'ataxie locomotrice compliquée de paraplégies souvent spasmodiques.

Entre ces deux formes, on peut trouver des types de transition.

L. GALLIARD.

XIX. — P..., 20 ans, sans antécédents héréditaires, n'a eu que la rougeole à 5 ans et quelques manifestations strumeuses. A 10 ans, il éprouva des sensations de fatigue, de faiblesse dans les jambes, qui le faisaient marcher comme un homme ivre. Au bout de deux ans, les bras devinrent maladroits, l'incoordination motrice s'accrut et la tête elle-même fut atteinte d'oscillation. Aucune douleur. Embarras de la parole ; nécessité de garder le lit ; abolition des réflexes rotuliens ; nystagmus ; pas d'anomalies des sphincters.

L'occlusion des paupières n'augmente pas l'incoordination, comme dans le tabes vrai. Il n'y a eu ni vertiges ni attaques apoplectiformes comme parfois dans la sclérose en plaques. Cette maladie tenait donc le milieu entre l'ataxie

vraie et la sclérose en plaques, mais le nom d'ataxie héréditaire choisi par Friedreich est impropre, car dans ce cas il n'y avait aucune hérédité.

DESCOURTIS.

XX. — Dixon Mann rapporte le cas suivant de paralysie ascendante aiguë.

Un homme de 48 ans, robuste, non syphilitique, commence à ressentir, le 19 janvier, une sensation de froid dans les jambes; le lendemain, de l'engourdissement et des crampes dans les mollets. Le 23, il marche avec peine, et, le lendemain, ne peut se tenir debout : on l'amène à l'hôpital, où l'on constate une paralysie motrice absolue du tronc et des membres inférieurs, sans aucun trouble de la sensibilité : peu de douleur, pas de fièvre, réflexes abolis, contractilité électrique conservée, intelligence nette, urines albumineuses.

Le 25, la paralysie a envahi les membres supérieurs et les muscles du cou ; la mastication et la déglutition sont encore intactes. Dans la journée, la respiration s'embarrasse, et le malade meurt par asphyxie.

Autopsie. — Épanchements séreux récents dans la plèvre et le péricarde, œdème des membres inférieurs, congestions viscérales multiples.

A l'œil nu, aucune altération de la moelle et de ses enveloppes : pas de vascularisation anormale. Après durcissement, intégrité absolue des faisceaux blancs et des cylindres axes, aussi bien que de la substance grise, dont les cellules ne sont point gonflées ni déformées et qui se colorent régulièrement aux réactifs : pas d'altération des capillaires; en un mot, aucune lésion appréciable.

L'auteur discute la nature de cette affection ; après avoir éliminé l'idée d'une polymyélite antérieure aiguë, ainsi que d'une myélite centrale, il n'accepte pas davantage celle d'un polynévrite a marche rapide. Il arrive par exclusion à penser que la paralysie ascendante aiguë est due à une sorte d'empoisonnement qui supprime le fonctionnement de la substance grise de la moelle. Dans le cas particulier, les ptomaïnes ont été recherchées dans le sang, mais sans succès. L'auteur n'a pas discuté l'hypothèse de la rage paralytique. H. R.

XXI. — Pitres et Vaillard relatent un fait de paralysie ascendante aiguë survenue au décours de la fièvre typhoïde. La moelle était saine à l'examen microscopique ; le système nerveux périphérique, au contraire, était en totalité altéré. La lésion initiale, essentielle, consistait en une modification de la myéline, qui, dès le début, et sans que les noyaux ou le protoplasma intervinssent, perdait son aspect habituel, son homogénéité, s'émulsionnait, se fragmentait ou se pulvérisait. La gaine de myéline n'était pas seule intéressée : presque toujours et sur presque toutes les fibres, le cylindre axe était atteint : parfois il était irrégulièrement tuméfié, moniliforme ; plus souvent encore, il était sectionné, interrompu en des points multiples.

Un tel processus, loin de rappeler la dégénération wallérienne, fait songer plutôt à une désorganisation primitive de la fibre nerveuse, réalisée directement, *in situ*, par un agent infectieux ou autre, et analogue à celle que déterminent certains liquides, l'éther par exemple, lorsqu'ils sont mis en contact avec les nerfs. Le poison typhoïdique est susceptible de déterminer dans les nerfs périphériques des altérations que les auteurs ont antérieurement fait connaître. Ordinairement l'atteinte est partielle, discrète, localisée dans la sphère d'un tronc nerveux ; si, pour une raison inconnue, l'altération devient plus générale, elle pourra réaliser le syndrome clinique de la paralysie ascendante aiguë.

Tous les cas de paralysie ascendante aiguë relèvent-ils, comme celui que rapportent MM. Pitres et Vaillard, d'une altération du système nerveux périphérique ? On ne saurait légitimement formuler une pareille proposition ; du moins est-il permis de rappeler que dans une observation de Déjerine les nerfs seuls étaient lésés, et que dans une observation de Schultze ils étaient loin d'être intacts. A. GILBERT.

XXII. — Homme de 66 ans, ayant présenté pendant près de deux ans la plupart des signes du tabes, et considéré comme un ataxique à crises gastriques. On trouve à l'autopsie, sous la pie-mère rachidienne, espacées à 2 centimètres les unes des autres, une vingtaine de vésicules hydatiques : cinq d'entre elles sont appendues à la queue de cheval. La moelle n'offre aucune lésion, non plus que les nerfs périphériques ; les hydatides avaient simplement joué le rôle de corps étrangers, et déterminé des troubles réflexes (*R. S. M.*, IX, 150). J. B.

XXIII. — Voici d'intéressantes observations d'hémilésions médullaires :

1° Fille de 18 ans, arthrite cervicale avec pachyméningite consécutive et compression de la moelle ; du côté droit, hémiplégie et atrophie musculaire, à gauche, hémianesthésie. Au bout de 14 mois, guérison.

2° Femme de 36 ans, présentant, à la suite d'une chute, de la raideur du cou, puis une hémiplégie gauche avec hémianesthésie droite. Guérison en six mois.

3° Fille de 25 ans, hystérique. Hémiplégie et hémianesthésie croisées. Guérison en deux mois.

Ce fait prouverait, d'après l'auteur, qu'il peut y avoir dans l'hystérie des lésions de certaines régions médullaires.

4° Mal de Pott cervical chez un homme de 32 ans. D'abord hémilésion médullaire, puis myélite transverse mortelle.

Pas d'autopsie. L. GALLIARD.

XXIV. — Chez un homme ayant eu, il y a sept ans, une paraplégie traumatique passagère, Springer a observé une augmentation de volume très considérable des gros orteils. Celle-ci se serait montrée environ un an après l'accident. Celui du côté droit est plus volumineux que le gauche. Au point où sa circonférence est la plus grande, il mesure 12 centimètres et demi de tour ; à gauche, il n'a que 11 centimètres. Au niveau de la seconde phalange, un peu au-dessous de la matrice de l'ongle, se trouve un bourrelet saillant circulaire. En ce point, la peau est tendue, luisante et rouge violacé. A l'extrémité de l'orteil se voient des ulcérations rougeâtres sanieuses, saignant facilement, cependant indolentes. Diminution de la sensibilité absolument limitée aux orteils et identique à droite et à gauche.

Springer croit qu'il s'agit de troubles trophiques consécutifs à une lésion médullaire ancienne. C. GIRAUDEAU.

XXV. — Paralytique général, mort d'une attaque d'apoplexie. Pendant la vie, on avait noté que le réflexe rotulien manquait seulement du côté gauche.

Après durcissement de la moelle, on reconnaît une lésion à l'endroit précis que Westphal a déjà signalé comme altéré dans les cas de suppression des réflexes rotuliens. A la limite des régions dorsale et lombaire, on constate, en effet, une dégénération des cordons postérieurs au niveau de la zone d'entrée des racines, du côté gauche seulement. J. B.

I. — Three cases of alcoholic paralysis (Multiple neuritis), par David FINLAY (*Brit. med. journ.*, *p.* 1162, *mai* 1887).

II. — Zur Lehre von der alkoholischen Neuritis, par LAQUER (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 583, 1er *août* 1887).

III. — On pseudo tabes from arsenical poisoning with a consideration of the pathology of arsenical paralysis, par Ch. DANA (*Brain, p.* 456, *janvier* 1887).

IV. — Zur Frage von Wesen der Bleilähmung (Nature de la paralysie saturnine), par VIERORDT (*Arch. f. Psych., XVIII, Heft* 1).

V. — Sur la névrite multiple, par Ragnar BRUZELIUS (*Nordiskt medicin. Arkiv, fasc.* 2, 1887).

VI. — The symptoms and diagnostic of multiple neuritis, par C. DANA (*Journ. of Americ. med. Association, p.* 281, 12 *mars* 1887).

VII. — Neuritis plantaris, par C. HUGUET (*Ibidem, p.* 292, 5 *mars* 1887).

VIII. — Brachial monoplegia, complicating a case of enteric fever, par Robert ARCHER (*Brit. med. journ., p.* 727, *avril* 1887).

IX. — Anémie chronique grave, paralysie atrophique généralisée, par R. LÉPINE (*Revue de méd.*, 10 *février* 1887).

X. — Pathogénie des névrites périphériques, par ARTHAUD (*Soc. biol.*, 2 *avril* 1887).

XI. — Pathogénie des névrites périphériques, par H. GRIMODIE (*Thèse de Paris* 1887).

XII. — Névrites périphériques dans le rhumatisme chronique, par PITRES et VAILLARD (*Revue de médecine, p.* 456, *juin* 1887).

XIII. — A case of paralysis from pressure of the fifth and sixth cervical nerves (Paralysies par compression des 5e et 6e paires cervicales), par C. BEEVOR (*Brit. med. j., p.* 177, *juillet* 1887).

XIV. — Case of myxofibroma of the fifth dorsal nerve extending on to the spinal cord (Myxofibrome du 5e nerf dorsal s'étendant jusqu'à la moelle, par Mitchell BRUCE et Frederick MOTT (*Brain, p.* 210, *juillet* 1887).

XV. — Rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite « à frigore », par NEUMANN (*Arch. de neurologie, juillet* 1887).

XVI. — Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles, par LETULLE (*Arch. de physiol., avril et mai* 1887).

XVII. — La paralysie de l'isthme de Panama (béribéri), par P. MARIE (*Progrès médical*, 26 *février* 1887).

XVIII. — On changes in nervous system after amputation of limbs (Lésions du système nerveux consécutives aux amputations des membres), par Ern. REYNOLDS (*Brain, p.* 494, *janvier* 1887).

I. — Voici trois cas de névrite d'origine alcoolique, recueillis par Finlay :

a) Femme de 28 ans, d'habitudes alcooliques, se plaint de faiblesse des genoux depuis un an : à ce symptôme succède un engourdissement et une parésie progressive des membres. Elle est arrivée finalement à rester dans son lit, les jambes fléchies, dans un état de subdélire constant. Les muscles des membres sont atrophiés et présentent la réaction de dégénérescence ; ils sont douloureux à la pression : les réflexes tendineux ont disparu. Pas d'incontinence d'urine. La malade meurt de tuberculose. A l'autopsie, moelle et racines spinales normales, mais dégénération avancée de tous les nerfs.

b) Femme également jeune : tableau clinique comparable, à l'exception de l'atrophie musculaire moins accentuée. A l'autopsie, la moelle présente quelques lésions : beaucoup de cellules des cornes antérieures ont disparu et sont dé-

formées, mais les altérations spinales sont moins accentuées que celles des nerfs, qui sont atteints de névrite généralisée.

c) La troisième malade, une femme également, présente les mêmes symptômes, en voie d'amélioration; elle recommence à marcher et n'est plus délirante; mais les réflexes ne sont pas revenus. H. R.

II.— B..., alcoolique : il y a trois ans, légère attaque de delirium tremens; paresthésie plus tard au niveau des mains et des pieds, et bientôt ataxie intense avec réflexes tendineux abolis.

Ensuite se développe une paralysie de la motilité au niveau des nerfs radial, médian, cubital et péroniers. La sensibilité était à peine lésée. Les muscles parésiés étaient très douloureux à la pression, offraient la réaction de dégénérescence et un peu d'atrophie; toutefois, les éminences thénar et hypothénar restèrent indemnes. Tous ces phénomènes se sont développés dans l'espace de 10 jours.

Sous l'influence de la faradisation musculaire et de l'iodure de potassium, les troubles morbides revinrent au bout de 2 mois; mais la réaction de dégénérescence disparut beaucoup plus lentement. J. B.

III. — Dana publie deux cas d'empoisonnement lent par l'arsenic, ayant donné lieu à la plupart des signes du tabes (ataxie, signe de Romberg, diminution de la sensibilité, du sens musculaire, suppression du réflexe patellaire, troubles de la vue, etc. Les deux malades guérirent, après la suppression de l'arsenic, par un traitement faradique. D... tire de ces observations les conclusions suivantes :

1° L'absorption prolongée de l'arsenic à petites doses détermine une maladie très analogue au tabes;

2° Les paralysies d'origine arsenicale ne sont pas dues à une myélite diffuse, comme on l'a enseigné, mais à de la névrite multiple;

3° Ces paralysies affectent deux types distincts :

a) Paralysie mixte, sensitivo-motrice, avec prédominance des troubles moteurs et de l'atrophie.

b) Forme pseudotabétique sans paralysie motrice prononcée, mais avec troubles sensitifs prédominants et ataxie.

Signalons un index bibliographique très complet. H. R.

IV. — Vierordt relate l'observation d'une femme morte à 28 ans, des suites de l'intoxication saturnine; elle avait une paralysie des extenseurs.

Autopsie. — Intégrité complète du cerveau et de la moelle à l'état frais. Les nerfs radiaux présentaient une minceur frappante. Les extenseurs des avant-bras étaient atrophiés. L'examen histologique de préparations provenant de la moelle épinière et de ses racines n'a donné que des résultats négatifs. Les nerfs périphériques présentaient les traces d'une dégénérescence très prononcée sur les nerfs radiaux, moins sur les nerfs médians et cubitaux.

Vierordt s'attache à démontrer que dans les lésions nerveuses de l'intoxication saturnine il s'agit essentiellement d'un processus périphérique, et non d'une lésion spinale centrale. E. RICKLIN.

V. — Le mémoire de Bruzelius contient deux observations très intéressantes, dont voici le résumé :

Une jeune fille de 17 ans, d'une bonne santé, mais exposée à des fatigues considérables par suite d'excès de travail, tomba malade vers le milieu de mai 1886. Les premiers symptômes consistèrent en frissons, sueurs et maux de tête. Le 25 du même mois survinrent dans les membres inférieurs de

l'engourdissement, de l'anesthésie, ainsi qu'aux trois premiers doigts des deux mains. Le 31, parésie du nerf facial gauche, et le 1er juin, parésie des deux jambes. Pendant la semaine suivante, la paralysie s'étendit et augmenta d'intensité; de sorte que non seulement les deux nerfs faciaux se trouvèrent atteints, mais aussi les muscles du cou, du tronc et des extrémités. Anesthésie généralisée. Douleurs persistantes mais non fulgurantes aux jambes et aux bras. Intégrité de fonctionnement de la vessie et du rectum. Pas de contracture ni de mouvements convulsifs.

Le 27 juin, la malade entre à l'hôpital. Paralysie complète de toutes les branches faciales des nerfs faciaux, parésie considérable des muscles du cou, du tronc et des extrémités. Anesthésie de la peau du visage et de celle des extrémités. Atrophie légère des muscles des mains. Réflexes cutanés et tendineux abolis. Réaction de dégénérescence électrique totale à la face, partielle aux extrémités. Pas de fièvre, intelligence intacte, fonctions du rectum et de la vessie normales.

A partir de ce moment, amélioration rapide. Au bout de quelques jours l'anesthésie disparut; le 8 juillet, la paralysie faciale est sensiblement améliorée; le 13, les réflexes plantaires ont reparu; le 23, la malade fait quelques pas. Le 23 septembre, les réflexes patellaires sont normaux; le 29, la malade marche facilement et quitte l'hôpital.

Le second cas, observé par l'auteur, remonte à dix ans; c'est celui d'une jeune femme de 23 ans, dont les quatre extrémités furent prises, mais dont les nerfs crâniens restèrent indemnes de toute paralysie. C. GIRAUDEAU.

VI. — Dana admet deux formes cliniques de la névrite multiple : la paralysie motrice atrophique avec troubles sensitifs associés et l'ataxie avec troubles sensitifs et paralysie motrice légère. Il rapporte sept observations dont voici les titres :

Névrite multiple par : 1° alcoolisme, forme sensitive; 2° alcoolisme, forme motrice et atrophique; 3° empoisonnement par l'arsenic; forme sensitive ou ataxique; 4° arsenic, forme motrice; 5° infection de béri-béri; 6° rhumatisme; 7° ataxie.

Suit une étude du diagnostic, d'après l'étiologie, les symptômes et les réactions électriques. MAUBRAC.

VII. — G. B..., âgé de 19 ans, a, le 1er août 1886, une attaque légère de fièvre de montagnes. A la 5e semaine, il éprouve des douleurs aiguës dans les oreilles et sous le fascia plantaire. La température du pied est normale, les réflexes rotuliens et du tendon d'Achille sont exagérés des deux côtés, plus à gauche qu'à droite. Sans fièvre, le cœur, qui est sain, a battu continuellement pendant les deux mois de la maladie, 120 fois par minute.

Le 23 septembre, les poils étaient tombés et les ongles étaient devenus brun noir : les mouvements des extrémités supérieures et inférieures étaient choréiques, des paroxysmes douloureux survenaient dans les deux pieds, quelquefois en même temps, mais plus souvent alternaient.

Après un traitement médical, électricité, aconit, etc., le patient était convalescent, le 7 octobre, le cœur restant encore excitable.

L'auteur essaye d'expliquer la localisation du mal au nerf plantaire interne, par ce fait qu'il est plus volumineux et que les mouvements du pied le fatiguent et le pressent davantage sur le sol, que le plantaire externe. MAUBRAC.

VIII. — Jeune homme de 22 ans, atteint d'une fièvre typhoïde à forme légère. Au 15e jour, il se plaint d'une faiblesse du bras droit, qui va croissant pendant une semaine. Le 21e jour, la parésie est presque complète et s'accompagne de douleurs vives dans le membre; le dynamomètre ne marque que 8 kilos à droite, et 40 à gauche. Le 28e jour, il existe une atrophie ma-

nifeste des muscles du bras et de l'avant-bras. Pendant la convalescence de la maladie, les mouvements se rétablissent progressivement, mais avec contracture douloureuse de l'avant bras. Finalement, l'atrophie disparaît à son tour, et les mouvements reviennent, mais lentement, à l'état normal.

L'auteur considère ce fait comme un exemple de névrite périphérique au cours d'une maladie infectieuse. H. R.

IX. — Une jeune fille de vingt ans, dévideuse, dans le cours d'une anémie très prononcée, présenta une paralysie des extenseurs des doigts avec intégrité partielle du long supinateur, paralysie des muscles des éminences thénar et des interosseux. Aux membres inférieurs, également, les extenseurs furent pris tout d'abord, puis, peu à peu, la paralysie s'étendit aux autres muscles, et en même temps apparaissait une atrophie très manifeste, si bien que cette fille ne pouvait même pas se soulever dans son lit. Les sels de fer n'ayant pu être supportés, Lépine eut l'idée de recourir aux injections intraveineuses d'eau salée. A la suite d'une injection, l'anémie commença à entrer dans une phase d'amélioration, et parallèlement les troubles paralytiques s'amendèrent peu à peu. La contractilité électrique reparut insensiblement, si bien qu'au bout de trois mois la guérison était complète. Lépine se demande si cette paralysie atrophique généralisée ne doit pas être mise sur le compte de l'anémie, tout comme on voit parfois des paralysies survenir à la suite des anémies toxiques, par intoxication oxycarbonée, par exemple.

C. GIRAUDEAU.

X. — Arthaud se propose d'étudier dans ce travail la véritable signification pathogénique des névrites périphériques. Il cherche d'abord jusqu'à quel point elles sont compatibles avec la conservation des fonctions normales. Les examens ont été pratiqués sur des vieillards ayant succombé à des maladies diverses, urémie, lésions cardiaques, tuberculose, cancers. Bien que ces malades n'eussent présenté pendant la vie aucun symptôme saillant, il a presque constamment trouvé chez eux des altérations évidentes du système nerveux périphérique. Il semble donc que les névrites périphériques sont jusqu'à un certain point compatibles avec la conservation des phénomènes de sensibilité ou de motricité et peuvent se produire comme conséquence de toutes les maladies générales et chroniques.

Recherchant ensuite pourquoi il y a des névrites sans symptômes et des névrites à symptomatologie bien définie, l'auteur a pu constater un certain nombre de faits intéressants :

a) Toutes les fois qu'il existe des névrites périphériques, on trouve en même temps des lésions des méninges rachidiennes (épaississement des membranes, méningite aiguë ou subaiguë, etc.).

b) La distribution des névrites périphériques est toujours la même ; à la périphérie, les lésions sont très intenses ; elles s'atténuent à mesure qu'on se rapproche des méninges. Dans la moelle, il n'existe jamais de lésions, sauf, à un degré plus ou moins marqué, la névrite radiculaire antérieure et postérieure qui accompagne nécessairement la méningite.

c) La névrite radiculaire postérieure est beaucoup plus fréquente que la névrite radiculaire antérieure, comme cela est de règle du reste dans toutes les inflammations méningées.

d) Ce fait peut donc expliquer pourquoi les lésions périphériques portent de préférence et tout d'abord sur le système sensitif ; pourquoi les névrites périphériques sont tantôt localisées à un ou plusieurs membres, tantôt généralisées comme dans le pseudotabes. Il montre aussi comment

des troubles moteurs peuvent survenir après les troubles de la sensibilité.

C. WALTHER.

XI. — Voici les principales conclusions de ce travail fait sous l'inspiration de Raymond. Les névrites, dites spontanées, ne sont point indépendantes de toute lésion des centres nerveux. Elles paraissent, dans la plupart des cas, devoir se rattacher à une altération des méninges et à la névrite radiculaire postérieure, puis antérieure, qui en est la conséquence. Les névrites possèdent une évolution parallèle à celle de la lésion centrale qui leur a donné naissance, et évoluent d'après un processus à peu près identique dans tous les cas. L'intégrité apparente, dans certains cas, du système nerveux central et de ses enveloppes s'explique par ce fait, qu'en vertu des lois de la dégénérescence wallérienne les altérations périphériques disparaissent bien plus tardivement que les lésions plus voisines du centre qui leur ont donné naissance.

A. CHAUFFARD.

XII. — Dans trois cas de rhumatisme articulaire chronique à marche progressive, Pitres et Vaillard ont trouvé au pourtour des articulations malades des altérations inflammatoires des nerfs caractérisées par la segmentation de la myéline et sa disparition dans bon nombre de tubes nerveux. Dans les trois cas, il existait des lésions médullaires consistant deux fois en une sclérose diffuse des cordons blancs, et une fois en de la méningite spinale postérieure. Pitres et Vaillard regardent comme illogique de considérer les lésions observées dans les nerfs des membres comme les conséquences des altérations médullaires ou méningitiques, puisque, dans deux cas, les racines rachidiennes ont été examinées et ont été trouvées normales. D'autre part, les névrites ne paraissent par jouer un rôle primordial dans la production des lésions articulaires qui caractérisent le rhumatisme chronique, car on trouve souvent au pourtour d'articulations très malades des nerfs normaux.

Il semble, en revanche, qu'il y ait un rapport constant entre l'existence des névrites et la production des troubles trophiques musculaires ou cutanés qui compliquent fréquemment le rhumatisme chronique. Dans un cas, les muscles des jambes étaient atrophiés et les nerfs correspondants profondément altérés. Dans les trois cas, la peau des membres inférieurs était le siège de troubles trophiques, de desquamation ichtyosiforme.

Dans quelques cas la névrite peut être latente, c'est-à-dire qu'elle existe histologiquement, tout comme Pitres et Vaillard l'ont rencontrée dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, le tabes, et ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme.

C. GIRAUDEAU.

XIII. — Une femme de 36 ans s'endort le cou posé sur le rebord d'une table : elle se réveille, au bout de 3 heures, avec une douleur cervicale, de l'impotence fonctionnelle et de l'engourdissement du bras. Cinq jours après, elle entre à l'hôpital, présentant les symptômes suivants :

Anesthésie du pouce et du moignon de l'épaule, pas d'anesthésie des autres doigts. L'anesthésie occupe le triangle sus-claviculaire et a pour limite supérieure le bord du sternomastoïdien, à deux pouces au-dessus de la clavicule. Le long et le court supinateur, le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde sont paralysés, ainsi que la portion claviculaire du grand pectoral. Le trapèze, le rhomboïde, le petit rond, sont partiellement affectés.

Contractilité électrique supprimée pour le long supinateur, diminuée pour

les autres muscles : 2 mois après, perte de la contractilité pour tous ces muscles.

Cet état de choses persiste 3 mois, avec cette différence que l'anesthésie disparaît rapidement, sauf au niveau du pouce, qui reste longtemps insensible.

Au bout de ce temps, les mouvements commencent à reparaître dans le bras, le biceps revenant le premier, le deltoïde et le supinateur les derniers. Mais la force ne reparaît qu'au bout de 6 mois. Le traitement employé a été l'électrisation par les courants continus.

Ce cas est un exemple de névrite radiculaire du plexus brachial, et ressemble aux faits publiés par Erb, Ferrier, Klumpke, Secretan, Rendu, etc. H. R.

XIV. — Homme de 37 ans : début, quatre ans auparavant, par une douleur intercostale gauche sous-mammaire qui persiste trois ans; puis difficulté de la marche, exagération de la douleur dans les mouvements de flexion du corps, finalement œdème des jambes et paralysie progressive. A son entrée à l'hôpital, il est incomplètement paralysé du mouvement et du sentiment jusqu'au niveau de l'épigastre, avec paresse vésicorectale, sans aucune autre lésion viscérale. Il y a de l'anesthésie douloureuse et des douleurs fulgurantes des membres inférieurs, exagération du réflexe rotulien : plus tard, perte de la réflectivité. Les phénomènes paralytiques sont beaucoup plus prononcés à gauche qu'à droite : il n'y a ni contraction, ni atrophie musculaire. Au-dessus de la zone d'anesthésie, s'étend une région hyperesthésique qui va de la 8e à la 5e côte.

Cet état de choses va s'aggravant et le malade succombe, épuisé par la douleur et des escarres multiples, en octobre 1886, six mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.— Après section de la dure-mère spinale, on aperçoit une tumeur ovale d'un pouce de long reposant sur la moelle au niveau de la 5e paire dorsale, qui pénètre dans son épaisseur. Le nerf est gonflé, trois fois plus volumineux qu'à l'état normal, et paraît infiltré par une substance colloïde. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un myxofibrome développé aux dépens de la trame intestitielle du nerf, et ayant subi la dégénérescence kystique. La moelle n'est pas englobée dans la néoplasie, mais comprimée par le kyste : elle présente, au-dessus de la tumeur, de la sclérose ascendante des cordons postérieurs, et aussi des cordons antéro-latéraux : au-dessous, une sclérose descendante de la portion postérieure des cordons latéraux.

L'auteur discute la possibilité d'une opération et regrette qu'elle n'ait pas été tentée. H. R.

XV. — Dans le cas d'hémiplégie faciale périphérique, lorqu'on ne peut incriminer ni la syphilis, ni un traumatisme, ni une carie du rocher, ni une otite, ni une compression exercée par quelque tumeur, on s'empresse de rattacher la maladie à un refroidissement. Or, l'auteur cite dix-sept observations personnelles, pour mettre en lumière la part prépondérante qui doit revenir à la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de cette hémiplégie faciale, et pour faire ressortir les liens étroits qui l'unissent aux autres maladies du système nerveux et en particulier aux névroses. Le froid n'est qu'une cause déterminante accessoire; la cause vraie, la cause nécessaire, c'est la prédisposition nerveuse héréditaire.

DESCOURTIS.

XVI. — Outre le tremblement, l'affaiblissement des contractions musculaires est très fréquente dans l'hydrargyrisme chronique professionnel. Les paralysies proprement dites sont rares : exceptionnellement hémiplégi-

ques, elles sont d'ordinaire partielles, circonscrites ou disséminées. Flaccides et incomplètes, les paralysies mercurielles se caractérisent essentiellement par quatre signes : persistance de la contractilité faradique et galvanique; absence d'amyotrophie; conservation des réflexes tendineux; coexistence fréquente de troubles sensitifs. Ceux-ci consistent le plus souvent en une hypesthésie disséminée par îlots sur les membres supérieurs et plus rarement sur les membres inférieurs et le tronc. Il peut s'y joindre de la mélalgie et de la sensibilité spéciale : hypacousie, amblyopie, hyposmie. Enfin, les paralysies mercurielles s'accompagnent assez fréquemment de troubles divers que l'on peut imputer à l'intoxication hydrargyrique : athérome artériel, état parcheminé de la peau, coloration brun verdâtre des dents, etc.

Les caractères que présentent les paralysies mercurielles font penser à l'existence de lésions nerveuses circonscrites ou prédominantes sur les nerfs périphériques. L'expérimentation confirme ces prévisions. Chez des animaux soumis de diverses manières à l'intoxication mercurielle l'on peut constater des lésions remarquables des nerfs. Ces lésions sont segmentaires et périaxiles; elles se présentent sous trois apparences distinctes, pouvant coexister sur le même sujet, voire sur le même tube nerveux et marquant vraisemblablement les diverses phases d'un même processus. La tuméfaction pâle de la myéline s'observe tout d'abord; puis vient sa désintégration granuleuse; en dernier lieu, l'atrophie segmentaire.

Si donc le mercure semble respecter indéfiniment le cylindre axe, il exerce sur la myéline une action dystrophique qui, sans préjuger des lésions des centres nerveux, rend compte des phénomènes morbides de l'hydrargyrisme chronique professionnel. A. GILBERT.

XVII. — X..., âgé de 37 ans, arrive le 29 août 1886 à Colon; à partir du 20 au 25 septembre, il s'aperçoit qu'il devient faible, qu'il s'anémie; peu après son ventre enfle, et devient le siège d'une ascite médiocre. Il se rembarque le 11 novembre, remarque à ce moment une éruption de purpura sur les deux jambes, du cou-de-pied jusqu'au milieu du mollet; deux jours après, œdème des jambes. Le 22 novembre au matin, sans aucun trouble prémonitoire, les jambes sont paralysées; il se lève et tombe par terre; quand on le soutient, il marche sur le bord externe du pied. Le 30, faiblesse très marquée des pouces des deux mains, qui dure quinze jours, sans troubles de la sensibilité. Aucune douleur, aucun engourdissement ni fourmillement dans les membres paralysés. A partir du 25 décembre, diminution de la paralysie.

Le 16 janvier 1887, on trouve les muscles de la cuisse flasques, les mollets un peu atrophiés, surtout au niveau du groupe musculaire antéro-externe; la pointe du pied a tendance à se porter en dedans; le pied peut être relevé, mais c'est surtout par l'action du jambier antérieur; les muscles péroniers agissent peu. Aux membres inférieurs, il existe une certaine faiblesse pour le mouvement d'extension du pouce, le réflexe rotulien est aboli. La contraction idio-musculaire est diminuée et la sensibilité cutanée est à peu près normale. — Pas d'œdème des jambes. Le malade peut marcher avec deux béquilles et ne steppe presque plus. Plusieurs des muscles ne répondent pas à l'électrisation faradique et présentent les signes de la réaction de dégénérescence.

Marie, rapprochant ce cas de ceux décrits par Scheube au Japon, admet qu'il s'agit d'un vrai cas de béribéri. H. L.

XVIII. — Le sujet de cette observation est un aliéné atteint de paralysie

générale à marche chronique, interné à l'âge de 35 ans, en 1875. Il fallut l'amputer de la jambe gauche en 1879 pour une tumeur blanche du genou. Il mourut tuberculeux 6 ans plus tard. On trouva, à son autopsie, de l'épaississement des méninges cérébrales, mais sans adhérences ; de l'atrophie des circonvolutions. La moelle, macroscopiquement, n'offrait aucune modification dans les régions cervicale, dorsale et lombaire supérieure. Dans la région lombaire moyenne et inférieure, la section de la moitié gauche de la moelle était beaucoup plus petite que celle de la moitié droite, et la différence portait surtout sur la substance grise et sur les racines antérieures des œufs.

Histologiquement, les lésions étaient les suivantes : Peu de modifications du faisceau antérieur de la moelle, décroissance marquée du faisceau latéral et surtout du faisceau postérieur. Les cornes antérieures et postérieures étaient amoindries, leurs cellules rares et plus pauvres en prolongements, se colorant mal aux réactifs, tandis que la névroglie, plus granuleuse, se colorait fortement.

L'examen comparatif des deux nerfs sciatiques montre une hyperplasie du tissu conjonctif à gauche, correspondant avec la diminution et l'atrophie des tubes nerveux : ceux-ci présentent tantôt une conservation de leur myéline, tantôt une disparition presque complète de cette myéline avec atrophie du cylindraxe qui se colore à peine. Mêmes résultats pour le nerf crural.

L'intérêt de cette communication est la participation des zones motrices et sensitives de la moelle à l'atrophie. H. R.

I. — **Ueber die Pathogenese der Epilepsie, par A. VETTER** (*Deutsch Arch. f. kl. Med.*, *XL*, *Heft* 3-4, 1887).

II. — **Ueber epileptischer Fieber** (La fièvre épileptique), **par L. WITKOWSKI** (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 739 *et* 759, 25 *octobre et* 1er *novembre* 1886).

III. — **De l'hystérie pendant la grossesse et l'accouchement, par LÉONARD** (*Thèse de Paris*, 1886).

IV. — **Tics convulsifs et hystérie, par GUINON** (*Revue de méd.*, *juin* 1887).

V. — **De l'hystérie dans le saturnisme, par M. LETULLE** (*Bull. médic.*, 7 *août* 1887).

VI. — **De l'hystérie mercurielle, par LE MÈME** (*Soc. méd. des hôp.*, 24 *août* 1887).

VII. — **Zur Lehre von Chorea minor, par P. KOCH** (*Deutsch Arch. f. klin. Med.*, *XL*, *Heft* 5 *et* 6, *p.* 544).

VIII. — **Ueber die Behandlung von Chorea, etc.** (Traitement de la chorée et d'autres affections convulsives par la physostigmine), **par L. RIESS** (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 392, 30 *mai* 1887).

IX. — **On catalepsy : treatement by high temperature and galvanism to head** (Observations de catalepsie : traitement par de hautes températures et la galvanisation de la tête), **par Alex. ROBERTSON** (*Journ. of mental sciences*, *juillet* 1887).

X. — **Paralysis agitans, par OPPENHEIM** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 384, 23 *mai* 1887).

XI. — **Migraine attacks followed by temporary paralysis of the third nerve** (Migraines paroxystiques suivies de paralysie passagère de la 3e paire), **par W. SUCKLING** (*Brain*, *p.* 241, *juillet* 1887).

XII. — **Zur Ætiologie und Therapie der Migräne, par EULENBURG** (*Wien. med. Presse*, *n°* 1, *p.* 3, 1887).

XIII. — Relations de la toux nerveuse avec le goitre exophtalmique, par LANNEGRACE (*Gaz. hebd. des sc. médic. de Montpellier*, *n°* 31, 1887).

XIV. — Ueber Koprostase-reflexneurosen (Névroses réflexes dues à la constipation), par H. KISCH (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 260, 11 *avril* 1887).

I. — Le travail d'A. Vetter est une revue critique sur la pathogénie de l'épilepsie basée sur les expériences récentes.

L'épilepsie jacksonnienne est d'origine corticale ; la preuve en est fournie par l'électrisation de l'écorce qui donne lieu à une épilepsie de même allure.

Unverricht a expliqué la généralisation des convulsions par la transmission de l'excitation corticale d'un hémisphère à l'hémisphère du côté opposé. Comme c'est le centre du membre inférieur qui est le plus proche de la grande scissure interhémisphérique, les convulsions dans le côté même où est faite l'excitation commenceraient par les membres inférieurs. Il n'est pas démontré que cette explication soit applicable à l'homme.

L'existence de phénomènes dont l'origine ne peut être placée que dans l'écorce cérébrale, comme les auras sensitives ou sensorielles indiquent bien dans l'épilepsie humaine, spontanée, la participation de l'écorce. Les hallucinations, la manie épileptique (équivalents psychiques de Sammt) sont en faveur de la même opinion. L'excitation électrique intense de la sphère visuelle de Munk donne lieu, d'après Unverricht et Rosenbach, à des convulsions corticales qui rappellent complètement l'épilepsie idiopathique d'après Rosenbach.

Il paraît donc vraisemblable que l'écorce cérébrale joue un rôle dans l'épilepsie idiopathique ; seulement les centres corticaux sont excités avec une rapidité extrême ; ils participent très vite à l'irritation primitive. La cause même de la maladie paraît être précisément dans l'excitabilité excessive de ces centres corticaux. Il en est de même dans l'état de mal épileptique expérimentalement déterminé chez les animaux.

Du reste, les excitations électriques de la moelle, d'après Rosenbach, ne donnent lieu qu'à des convulsions tétaniques ou toniques des quatre membres ; il n'y a pas d'attaque épileptoïde.

Kussmaul et Mendel attribuaient le complexus épileptoïde à l'anémie des centres corticaux : ce n'est pas l'avis d'Unverricht. Les expériences ne sont pas concluantes, parce qu'il expérimentait sur des animaux narcotisés.

Il faut aussi faire intervenir les centres sous-corticaux ; en effet, dans l'attaque épileptique, la perte de connaissance peut ne se montrer qu'au summum de l'attaque ; de plus, l'élévation considérable de la température parfois observée ne peut guère s'expliquer que par l'excitation de la moelle allongée.

A. Vetter admet, comme Kussmaul, une anémie des centres corticaux déterminée par l'excitation des centres vaso-moteurs de la moelle allongée.

Si le bromure de potassium et le chloral ont une influence heureuse sur les convulsions, l'atropine, d'après Albertoni, serait défavorable. Elle augmente l'excitabilité de l'écorce cérébrale, et tendrait plutôt à exagérer l'épilepsie.

Les expériences de Bubnof et de Heidenhain ont démontré qu'après l'ablation des centres corticaux, l'excitation de la substance blanche ne détermine jamais l'attaque épileptoïde; l'excitation des centres sous-corticaux est donc secondaire à l'excitation des centres corticaux.

A. Vetter pense qu'il y a, avant l'attaque idiopathique, accumulation de l'excitation corticale dans les centres sensitifs et sensoriels, et qu'il se fait une sorte de décharge qui atteint d'abord les centres sous-corticaux, puis les zones motrices à la période convulsive ; dans l'épilepsie jacksonnienne, au contraire, les centres corticaux seraient primitivement excités, les centres sous-corticaux pourraient l'être secondairement. C'est là, naturellement, une simple hypothèse. ALBERT MATHIEU.

II. — L'école de la Salpêtrière (*R. S. M.*, I, 658) enseigne que tout accès épileptique s'accompagne d'une élévation de la température. Witkowski s'élève contre cette règle pathologique. Il met en doute que la fièvre apparaisse tout à fait inopinément. En général, elle est éphémère et a une durée variable de quelques heures à quatre ou cinq jours au plus; le maximum de température coïncide soit avec l'apogée du nombre des accès, soit avec le sopor. Dans l'état de mal, la diminution de la fièvre marche d'un pas égal avec celle du trouble mental. Lorsque le mouvement fébrile persiste, une fois la conscience revenue, cela tient à une complication.

La fièvre se rencontre aussi dans la folie épileptique, surtout quand le délire devient incohérent. J. B.

III. — La grossesse peut faire naître l'hystérie sous toutes ses formes; c'est dans le cours de la première gestation en général, que les accidents éclatent. Ceux-ci diminuent ou disparaissent souvent après l'accouchement. Pendant le travail, on n'observerait pas, d'après Léonard, de convulsions hystériques. L'hystérie de la grossesse ne trouble pas beaucoup la gestation et le fœtus ne souffre guère, les suites de couches sont bonnes ordinairement. C. GIRAUDEAU.

IV. — Dans un précédent travail, Guinon avait décrit la maladie des tics convulsifs, conséquence d'une dégénérescence héréditaire qui résiste le plus souvent à toute médication. Aujourd'hui il montre que dans l'hystérie on observe parfois le syndrome, tic convulsif, mais il a alors un tout autre pronostic. Ici il guérit souvent par les moyens ordinairement employés pour faire disparaître les manifestations hystériques. Mais, parfois aussi, on observe chez des hystériques des tics qui n'ont rien à voir avec la maladie générale dont elles sont atteintes, il s'agit dans ce cas de la maladie héréditaire et non du syndrome. Il importe donc de poser un diagnostic positif, car le pronostic est différent dans les deux cas; malheureusement il n'existe aucun signe distinctif et la marche seule de la maladie pourra ultérieurement éclairer le diagnostic.

C. GIRAUDEAU.

V. — Letulle publie six observations de saturnins ayant présenté des accidents variés de l'hystérie. Ces faits confirment la coïncidence de cette névrose et de l'intoxication plombique. L'hystérie saturnine ne diffère en rien de l'hystérie simple, on y peut voir les symptômes graves ou légers, hémiplégie, contracture. Il est probable que le saturnisme agit comme cause d'affaiblissement de l'organisme propre au développement des manifestations de la névrose. A. C.

VI. — Letulle, reprenant quatre observations déjà publiées d'individus atteints d'hydrargyrisme chez lesquels on avait pu constater : 1° l'hémianesthésie avec hémiplégie motrice ; 2° des attaques apoplectiques ; 3° des contractures circonscrites ou hémiplégiques ; 4° le transfert de l'hémiplégie, conclut que ces troubles moteurs sont relevables de l'hystérie, que le mercure comme le plomb joue un rôle de cause déterminante chez des névropathes prédisposés.

Rendu a observé un cas de monoplégie du membre supérieur gauche chez un mercuriel et conclut également à une intoxication hydrargyrique survenue chez un individu antérieurement atteint d'hystérie. H. L.

VII. — Relativement à la fréquence de la chorée dans les deux *sexes*, P. Koch a trouvé, sur 267 cas, 100 individus du sexe masculin et 167 du sexe féminin : soit, sur 100 cas, 97,45 cas masculins, 62,54 cas féminins.

Age. — 266 cas : de 1 à 5 ans : 5,63 0/0 ; — de 6 à 10 ans : 37,96 0/0 ; — de 11 à 15 ans : 33,45 0/0 ; — de 16 à 20 ans : 16,16 0/0 ; — enfin de 21 à 52 ans : 6,76 0/0.

Saisons. — Pour 160 cas ; début dans le premier trimestre, 32,50 0/0 ; dans le second, 31,87 0/0 ; dans le troisième, 18,75 0/0 et 16,87 0/0 dans le quatrième.

Hérédité. — Dans 20,23 cas sur 100, l'auteur a trouvé trace d'hérédité, non pas directe, mais indirecte. Et cependant il a compté dans les antécédents, ascendants et collatéraux jusqu'au simple nervosisme et aux convulsions dentaires.

Causes occasionnelles. — Sur 66 cas, il a noté 25 fois une émotion morale vive, 21 fois le rhumatisme.

Symptomatologie. — Il a constaté les points douloureux de la colonne vertébrale.

Coïncidence avec le rhumatisme. — Il a constaté cette coïncidence 26 fois sur 111 cas, c'est-à-dire 23,42 fois sur 100. — Le rhumatisme s'était montré 15 fois de quelques jours à un an avant la chorée ; une fois exactement en même temps que la chorée ; — la chorée s'est montrée 4 fois au cours d'un rhumatisme existant déjà depuis deux semaines à 12 ans ; la chorée s'est montrée quatre fois au moment de la récidive du rhumatisme ; le rhumatisme est survenu deux fois à la récidive de la chorée.

Affections cardiaques. — 21 fois sur 153 cas de chorée, il y a eu lésion valvulaire, soit 13,72 0/0.

Nature de la chorée. — Il faut distinguer la chorée, qui est une maladie à part, des convulsions choréiformes, de même qu'on distingue l'épilepsie vraie des convulsions épileptiformes.

L'auteur considère que la chorée serait une maladie infectieuse, comme le rhumatisme articulaire aigu, analogue à l'impaludisme et très voisine du rhumatisme. ALBERT MATHIEU.

VIII. — De 1879 à 1885, Riess a traité, par la physostigmine, tous les *choréiques*, au nombre de 40, admis dans son service. Parmi eux se trouvaient 34 enfants ou adolescents, chez lesquels, en grande majorité, l'affection était récente ; les 6 autres étaient des adultes. Entre les 34 chorées de jeunes sujets, 4 appartenaient à la forme mortelle qui n'est pas rare à Berlin ; chez eux, la physostigmine, vu la marche rapide des accidents, ne s'est pas montrée plus efficace que les autres médica-

ments. Sauf 4 cas, tous les choréiques ont été guéris et cela rapidement.

L'efficacité de la physostigmine dans la chorée ressort d'ailleurs des chiffres suivants : chez 21 choréiques traités autrement, la durée de la maladie a été en moyenne de 51 jours, 4 et le séjour à l'hôpital de 55 jours; chez les choréiques traités par la physostigmine, la durée moyenne de la maladie a été de 33 jours, 1 et le séjour à l'hôpital de 35 jours, 9; enfin la durée du traitement a varié entre 5 et 28 jours, soit une moyenne de 15 jours. La physostigmine a donc nettement abrégé la maladie. (*R. S. M.*, VI, 602 et 603.)

Riess a également eu recours à la physostigmine dans diverses autres affections convulsives. Dans 5 cas de tétanos, il l'a associée à d'autres médications. Mais il l'a employée exclusivement et avec d'excellents résultats dans 12 cas de tremblements.

Mêmes résultats encourageants dans 4 cas de *paralysie agitante*, 2 *de sclérose en plaques*, 3 *de chorée post-hémiplégique*, 2 *d'athétose*, etc.

Le mode d'administration a consisté en 1, puis 2 injections sous-cutanées quotidiennes de 1 milligramme de sulfate d'ésérine, (le salicylate serait préférable comme se décomposant moins facilement.) Riess n'a pas jugé utile d'arriver aux doses plus considérables de Bouchut. (*R. S. M.*, XIII, 507, et VI, 603.) J. B.

IX. — Homme de 23 ans; un oncle maternel aliéné; a fait lui-même quelques excès alcooliques; devient pieux contre son habitude, fuit la société, se croit en rapport avec Dieu; attaque de catalepsie presque subite, devenue bientôt complète, avec anesthésie cutanée, difficulté de l'alimentation, puis nécessité d'intervention avec la sonde œsophagienne. L'auteur suppose un ralentissement de la circulation céphalique, et emploie des courants d'eau chaude autour de la tête : amélioration; puis alternance d'eau chaude et d'eau froide : amélioration plus accentuée; enfin galvanisation de la tête et disparition de l'état cataleptique. Reste seulement le désordre psychique entretenu par des excès alcooliques et peut-être par des attaques d'épilepsie. Le malade se souvient de tout ce qui s'est passé, et raconte qu'il faisait tous ses efforts pour maintenir ses membres dans la position qu'on leur donnait.

L'auteur cite une autre observation analogue et en conclut qu'il existe un groupe de catalepsies où la volonté persiste, bien que sous une forme anormale. DESCOURTIS.

X. — Il s'agit d'une femme qui offre des phénomènes insolites. Elle a une contracture considérable. Elle a d'autre part une paralysie presque complète des quatre membres. Depuis que la malade séjourne à l'hôpital, la contracture et la paralysie des membres ont diminué, mais en même temps le tremblement s'est accru et a gagné le membre supérieur droit.

Oppenheim a remarqué qu'il s'agit là d'une loi générale. Toutes les fois que le tremblement est très accusé, la contracture et la paralysie sont insignifiantes et réciproquement. On observe ainsi dans la paralysie agitante une sorte d'opposition entre le tremblement d'une part, la contracture et la paralysie de l'autre.

Il suffit de frôler avec le doigt la plante du pied pour faire apparaître le tremblement qui du pied se propage à la totalité du membre, mais il ne s'agit pas là de la trépidation épileptoïde provoquée par une excitation des tendons. J. B.

XI. — Jeune garçon de 18 ans, sujet, dès son enfance, à des maux de tête répétés. Depuis quatre ans, les attaques s'aggravent et se comportent comme il suit. L'accès débute par une douleur à la tempe gauche qui va s'exaspé-

rant et s'accompagne d'une salivation exagérée : au bout de 24 heures, elle atteint son maximum, puis décroît graduellement pour disparaître 24 heures plus tard, sans vomissements ni scotome scintillant, mais avec sensation d'hyperesthésie cutanée persistante.

Pendant longtemps, chaque attaque s'accompagnait de gonflement de la paupière, puis de prolapsus : plus tard le globe oculaire fut dévié en dehors et la pupille dilatée : il y a donc une parésie de la 3e paire qui met 48 heures à disparaître. Elle ne commence guère qu'au décours de la crise migraineuse.

Un cas analogue a été publié par Saundby. (*Lancet*, 10 janvier 1885.)

H. R.

XII. — La migraine naît, dans un grand nombre de cas, soit des troubles de la circulation intracranienne, des variations de la pression sanguine dans les enveloppes de l'un ou l'autre hémisphère cérébral, soit de l'excitabilité anormale des terminaisons méningées du trijumeau.

Pour mesurer l'influence des désordres circulatoires, Eulenburg tient compte de la résistance au courant galvanique, en appliquant l'électrode positif à l'occiput, l'autre au front. Le minimum de résistance relative est exprimé chez les sujets sains par un chiffre de 1100 à 1900 unités d'Ohm. Dans les cas pathologiques, dans l'anémie cérébrale, la résistance augmente, elle peut atteindre le chiffre de 3000. Dans la forme anémique, angiospastique de la migraine, le côté de l'hémicrânie offre une résistance plus considérable que le côté opposé : on trouve, par exemple, du côté malade 2500 et de l'autre 2100.

L'auteur a traité avec succès des migraineux par l'électricité statique. Il recommande aussi la cure diététique d'Œrtel. L. GALLIARD.

XIII. — Les névroses du larynx s'accompagnent de troubles du cœur, de la glande thyroïde et de la vue. La toux nerveuse présente parfois avec le goitre exophtalmique une similitude singulière : en voici quelques exemples :

1° Jeune fille de 11 ans, toux comparable au rugissement d'un fauve, se reproduisant toutes les 5 minutes, et disparaissant au lit. Pas d'expectoration, aphonie par paralysie des cordes vocales. En même temps, saillie des yeux, gonflement du corps thyroïde, cœur battant rapidement à la moindre émotion.

2° Jeune fille de 12 ans contracte un rhume en janvier 1886, toux caverneuse profonde, non douloureuse. En juillet, saillie des yeux. En décembre, aphonie complète. En février 1887, toux nerveuse comparable au hennissement, se reproduisant toutes les 4 minutes et disparaissant pendant le sommeil ; gonflement du cou, cœur impressionnable. En mars, plaque d'anesthésie sur la face dorsale d'un poignet, troubles cérébraux.

Lannegrace et Truc pensèrent que la toux nerveuse était associée au goitre exophtalmique.

La cause de la toux et du goitre est une modification bulbo-spinale, le mécanisme de la toux nerveuse est un spasme rythmique des muscles expirateurs.

Le traitement local dans les névroses du larynx est toujours utile. L'auteur conseille la faradisation de la muqueuse laryngée. A. DUCAMP.

XIV. — Gussenbauer (*Prager med. Wochens.*, 1886, n° 31) a appelé l'attention sur les rapports qui existent entre certaines névralgies de la face et la constipation habituelle ; sur 28 malades atteints de névralgie du trijumeau, il n'en a opéré que 4 ; tous les autres se sont trouvés guéris à la suite d'un traitement dirigé contre leur inertie intestinale.

Kisch est d'avis que bien d'autres névralgies reconnaissent la même

cause. Il cite à cet égard des palpitations cardiaques, des migraines, des sciatiques, des névralgies lombo-abdominales et des ovaralgies qui, dans certains cas, cèdent, comme la névralgie faciale, à un traitement méthodique de la constipation. J. B.

I. — Essai de diagnostic différentiel de la chlorose, par PERSILLARD (*Thèse de Paris*, 1887).

II. — Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose, par V. DELABORDE (*Thèse de Paris*, 1887).

III. — De la pathogénie de la chlorose, par ANDRÉ (*Rev. gén. de chir. et thérap.*, 6 *octobre* 1887).

IV. — De l'origine intestinale de la chlorose, par DUCLOS, de Tours (*Ibidem*, 27 *octobre* 1887).

V. — On fœcal anœmia, par Andrew CLARK (*Med. Soc. of London* 14 *novembre* 1887).

VI. — Zur Pathogenese der essentiellen Anœmien, par Oscar SILBERMANN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 473, 19 *juillet* 1886).

VII. — Ueber perniciöse Anœmie, par L. HOLST (*St-Petersb. med. Woch.*, *n°* 41, 1886).

VIII. — Beitrag zur Pathologie und Therapie der perniciösen Anœmie, par P. SANDOZ (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, *p.* 554, 15 *septembre* 1887).

IX. — Zur Kenntniss der perniciösen Anœmie, par LICHTHEIM (*Berl. kl. Woch. p.* 331, 2 *mai* 1887).

I. — Le travail de Persillard est un bon résumé des difficultés cliniques que peut présenter le diagnostic de la chlorose. L'auteur montre d'abord qu'aucun des symptômes de cette affection n'est pathognomonique, pas même la décoloration des globules et leur pauvreté en hémoglobine; il étudie ensuite le diagnostic de la chlorose avec la tuberculose en imminence ou commençante, et avec les affections cardiaques. Il insiste sur la difficulté d'interprétation des souffles extra-cardiaques diastoliques qui simulent l'insuffisance aortique, et montre la maladie de Graves affectant à ses débuts les allures de la chlorose. Pareille analyse, avec observations à l'appui, est faite pour les fausses chloroses symptomatiques de l'albuminurie, des maladies organiques, de la syphilis. Il termine en notant la valeur symptomatique de l'absence du souffle jugulaire, qui presque toujours doit faire exclure la vraie chlorose. H. R.

II. — Des recherches de Delaborde, il résulterait que, dans près de la moitié des cas, les femmes chlorotiques comptent la tuberculose dans leurs antécédents héréditaires, et que, encore plus souvent, elles ont présenté dans leur enfance des manifestations scrofuleuses.

La chlorose serait donc une des conséquences fréquentes de la dégénérescence organique dans les familles tuberculeuses. Cette dégénérescence peut, chez les descendants, ne pas dépasser la scrofule et la chlorose, ou provoquer plus tard la tuberculose elle-même. H. R.

III. — Dans ce travail, André appelle l'attention sur un nouveau signe qu'il considère comme pathognomonique dans la chlorose, l'atrophie tempo-

raire du foie. L'examen lui a démontré ce fait clinique chez les malades qu'il a observées (huit cas publiés), l'altération des fonctions de cet, organe concourt à entraîner les troubles généraux. André recommande, pour combattre cette atrophie, les inhalations d'oxygène, les douches à percussion sur l'hypochondre, les courants continus et une alimentation très sucrée.

IV. — D'après Duclos, la chlorose est une intoxication, une auto-infec- qui a son point de départ dans les voies digestives, et la cause est la constipation. Cette coprostase détermine une décomposition putride, et, suivant l'intensité de cette rétention et la rapidité d'absorption, on assiste à l'évolution des formes de chlorose aiguë ou chronique. Les purgatifs agissent souvent favorablement sur cet état, et le fer qu'on administre n'agit qu'à titre de désinfectant du tube digestif par sa transformation en sulfure de fer.

V. — Clark regarde comme un des symptômes et facteurs les plus importants de la chlorose la constipation avec rétention des matières fécales dans le côlon. Les irrégularités de la menstruation tiennent uniquement à la dyscrasie sanguine produite par cette rétention, dont l'origine est presque exclusivement une hygiène alimentaire défectueuse. Comme thérapeutique, médication laxative avec le fer comme adjuvant. A. C.

VI. — Voici les conclusions de Silbermann :

1° L'anémie pernicieuse progressive est provoquée par une destruction exagérée et anormale des globules rouges et blancs et par une régénération défectueuse du sang ;

2° C'est essentiellement une hémoglobinémie ;

3° Le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse est extraordinairement riche en ferment fibrineux, ce qui le rend dangereux pour l'organisme ;

4° Les hémorragies, qui surviennent si souvent dans cette maladie, du côté de la peau des muqueuses et de la rétine, tiennent à des embolies capillaires ou à des stases capillaires ;

5° La fièvre anémique est de nature humorale et est occasionnée par la richesse du sang en ferment ;

6° Le caractère rémittent de cette fièvre répond aux phases alternantes de la dissolution du sang ;

7° Les dégénérescences graisseuses intenses observées dans l'anémie pernicieuse ne sont pas uniquement produites par la diminution excessive de l'hémoglobine qui fournit l'oxygène à l'organisme, mais aussi par une répartition anormale du sang consistant en une stase veineuse très considérable et une anémie artérielle : cette répartition anormale du sang est l'effet du ferment fibrineux ;

8° Chez les animaux, l'administration graduée de quantités déterminées soit de sang couleur laque, soit d'agents dissolvants du sang, amène un tableau morbide, qui présente une ressemblance frappante avec l'anémie pernicieuse progressive de l'homme ;

9° Une certaine forme de chlorose et l'anémie primitive, simple, ne sont autre chose qu'une hémoglobinémie d'un degré moindre que l'anémie pernicieuse. J. B.

VII. — Holst discute la théorie de Silbermann, et la révoque en doute au nom des différences suivantes qui séparent les deux processus.

Dans l'hémoglobinémie, leucocytes du sang très multipliés ou normaux comme nombre; teinte jaune des conjonctives et parfois des téguments ; moelle des os parfois normale, rigidité cadavérique précoce ;

Dans l'anémie pernicieuse, leucocytes du sang presque toujours diminués, jamais augmentés de nombre; absence d'ictère; globules rouges nucléés dans la moelle des os; rigidité cadavérique tardive.

Au point de vue étiologique, le processus de l'anémie pernicieuse est probablement d'ordre infectieux, bien que la preuve n'en soit pas encore donnée. A. CHAUFFARD.

VIII. — Sandoz relate un cas d'anémie pernicieuse chez une femme de 31 ans et en tire les conclusions suivantes:

Les troubles de l'appareil digestif, observés dans le cours de l'anémie pernicieuse et qui ont été regardés jusqu'ici comme des épiphénomènes, semblent, au moins dans un certain nombre de cas, être au contraire la cause de la maladie. Ces troubles digestifs entraînent dans l'estomac et l'intestin des décompositions et des fermentations dont les produits résorbés provoquent les symptômes de l'anémie pernicieuse qui serait ainsi une auto-intoxication.

Les lavages de l'estomac, et éventuellement l'entéroclyse, constituent le meilleur traitement de cette forme d'anémie pernicieuse. J. B.

IX. — Lichtheim, sur 13 cas d'anémie pernicieuse, a constaté 10 fois l'existence de parasites intestinaux, tænias, bothriocéphales et ankylostomes. L'expulsion de ces helminthes fait disparaître les accidents. Jurgensen a vu également un cas de guérison à la suite de l'administration de 12 grammes d'extrait de fougère mâle.

Par contre, Litten a fait 14 autopsies d'anémie pernicieuse sans trouver d'entozoaires. J. B.

Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive, par H. HENROT (*Congrès de Nancy, Assoc. franç.*, 1887).

Dans deux autopsies de malades morts de cette affection, Henrot a trouvé la rate hypertrophiée, friable ou diffluente; cette altération jouerait, d'après lui, un rôle important dans la pathogénie de l'anémie. Une seconde altération constante est, avec l'hypoglobulie considérable, la présence de granulations dans les hématies. Chez ces deux malades et chez une 3e, dont Henrot rapporte l'histoire, les antécédents paludiques faisaient défaut. A. C.

Note sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 31 *juillet* 1887).

Chez deux malades, l'une atteinte d'épithélioma de l'angle du côlon, vérifié à l'autopsie, l'autre de cholécystite avec périhépatite, des phénomènes d'obstruction intestinale se sont montrés avec des signes si semblables, si caractéristiques, que Bouveret pense que l'on peut diagnostiquer d'une façon précise le siège d'un obstacle à l'angle du côlon.

Ces signes sont : une douleur spontanée dans la fosse iliaque droite ; la douleur provoquée au même point par la palpation: le météorisme plus prononcé ou même limité à cette région; enfin et surtout le clapotement

dans la fosse iliaque droite et le développement, sous l'influence d'une percussion un peu vive, d'une tuméfaction allongée, rappelant la forme du cæcum et du côlon ascendant et présentant une sonorité tympanique, tous signes dus à la rétention des matières et des gaz dans le cæcum et le côlon ascendant par l'obstacle au-dessus. A. C.

Des mouvements péristaltiques de l'estomac dans la dilatation secondaire de cet organe, par Abel FRANÇON (*Lyon méd.*, 7 *août* 1887).

Françon a constaté que, toutes les fois qu'il y a dilatation secondaire de l'estomac par sténose pylorique, on observe facilement des mouvements péristaltiques de l'estomac; une percussion légère suffit pour les provoquer. Ces contractions sont un peu lentes à s'établir, mais persistent assez longtemps et suivent toujours la même direction, retraçant la limite inférieure de l'estomac. Dans douze cas de cancer pylorique, où la dilatation de l'estomac était survenue progressivement, Françon a pu noter ce signe, qui fait défaut dans l'état normal. A. C.

I. — Nouvelles études sur l'infection malarique, par MARCHIAFAVA et A. CELLI (*Arch. ital. de biologie, mai* 1887).

II. — Sur l'infection paludéenne, par GOLGI (*Ibidem, p.* 154, *mai* 1887).

III. — Ein durch Schuss in die Milz vorzeitig ausgelöster Malariaanfall (Accès de fièvre paludéenne provoqué prématurément par une blessure de la rate), par VOSS (de Riga) (*St-Petersb. med. Woch.*, *n°* 47, 1886).

IV. — Malarial hœmorrhage, par Olis-Frederick MANSON (*Trans. of the medic. Soc. of Virginia*, 1886).

V. — On the occurence of jaundice and hœmatinuria in remittent fever, par H. FIRTH (*Brit. med. journ.*, *p.* 762, *octobre* 1886).

VI. — De l'accès pernicieux apoplectiforme avec et par hémorragie cérébrale, par H. BLANC (*Arch. de méd. milit.*, *juin* 1887).

VII. — Recherches microscopiques sur l'étiologie du paludisme, par E. MAUREL (1 *vol.*, *Paris* 1887, *et Arch. de méd. nav.*, *n°s* 1 *à* 9, 1887).

I. — Dans le sang des individus atteints de fièvre intermittente, Marchiafava et Celli ont trouvé dans les globules rouges des organismes parasitaires, constitués par du protoplasma homogène, doués d'un mouvement très vif amiboïde, et faciles à colorer. Ils les nomment plamosdies ou hémo-plasmodies malariques. Ces plasmodies contiennent souvent un pigment rougeâtre ou brun, qui n'en fait pas partie intégrante, mais qui provient de la transformation en mélanine de l'hémoglobine qu'elles ont soustraite aux globules rouges. Selon que la production de pigment a lieu ou n'a pas lieu, il y a infection palustre avec ou sans mélanémie.

Les hémo-plasmodies se convertissent en amas de corpuscules par un processus de division qui représente probablement leur mode de multiplication dans l'organisme.

L'infection paludéenne serait transmissible à l'homme par l'injection intra-veineuse de sang palustre. Lorsqu'on pratique cette injection, on trouverait dans le sang de l'inoculé les mêmes hémo-plasmodies qui

iraient graduellement en augmentant, puis diminueraient rapidement et finiraient par disparaître à mesure que le traitement spécifique agit.

C. GIRAUDEAU.

II. — Sur quarante cas de fièvre intermittente, Golgi a trouvé trente-huit fois des plasmodies dans le sang. Dans quatre cas, il n'existait que des plasmodies dans les globules rouges; dans huit cas, des plasmodies et des corps pigmentés; dans vingt-sept cas, rien que des corps pigmentés; enfin, dans un cas, on constatait des plasmodies dans les globules rouges et des corps en forme de croissant, ovales ou globuleux libres.

L'auteur pense que dans la fièvre quarte les corps pigmentés atteignent leur développement complet (maturité) dans la période qui s'écoule entre deux accès; la maturité des corps se reconnaît à leur segmentation commençante. Elle précède de peu l'apparition d'un nouvel accès; de sorte que, de même qu'on peut pronostiquer l'imminence d'un nouvel accès de fièvre en voyant des formes mûres et de segmentation, de même, en voyant que cette segmentation n'est pas sur le point de se faire, il est possible de prédire que l'accès n'aura lieu que dans un ou deux jours.

Le développement des plasmodies, tel que Marchiafava et Celli l'ont décrit, se ferait régulièrement en trois jours, de sorte que pour Golgi le type normal de la fièvre intermittente serait le type quarte. La fièvre quarte double et certains cas de quotidienne s'expliqueraient par le fait que chaque accès correspond à une génération différente de corps pigmentés qui arrivent à leur développement à un jour de distance. Quant à la fièvre tierce, Golgi pense *a priori* que le parasite qui lui donne naissance a un cycle de développement différent de celui qui produit la fièvre quarte et ses dérivés. C. GIRAUDEAU.

III. — Un homme de 21 ans était atteint depuis 7 mois d'une fièvre paludéenne tierce; le début des accès avait peu à peu rétrogradé de 2 heures de l'après-midi jusqu'au soir. Un jour où devait venir un accès, le malade reçoit, à 9 heures du matin, un coup de revolver tiré dans l'abdomen presque à bout portant. Immédiatement après la blessure, et 12 heures à peu près avant l'échéance de l'accès, frisson et accès de fièvre typique. Mort trois jours après avec manifestations péritoniques et ictère. A l'autopsie, rate tuméfiée et blessée au bas de son bord antérieur; exsudat péritonique sanguinolent pas de blessure du foie ni de l'intestin. A. CHAUFFARD.

IV. — Manson insiste, dans cet opuscule, sur la fréquence des déterminations hémorragiques de la malaria, qui font de l'intoxication palustre une maladie hémorragique entre toutes. Les principales hémorragies observées sont les suivantes:

a) Épistaxis, signalées depuis Hippocrate, et affectant parfois des allures périodiques. L'auteur cite des exemples d'épistaxis tierces.

b) Stomatorragie, très rare : l'auteur publie sa propre observation.

c) Hémoptysie. C'est une manifestation peu commune, mais qui a été observée par Störck, et par Millet, en France (2 observations).

d) Hématémèses. Très fréquentes dans les formes graves de la rémittente bilieuse des pays chauds, elles se montrent parfois chez les vieux palustres dont la rate est hypertrophiée. Il en est de même de l'entérorragie, dont Torti rapporte quelques exemples.

e) De toutes ces manifestations, c'est l'hématurie malarique qui est la plus fréquente; elle a donné son nom à la fièvre bilieuse hématurique,

qui n'est autre chose qu'un empoisonnement malarique aigu. Le sang peut être éliminé en nature ; le plus souvent, c'est de l'hémoglobinurie que l'on observe. L'auteur, avec force observations, insiste sur la marche et le pronostic de cette complication. H. R.

V. — La présence de l'ictère, et surtout de l'hématinurie, est rare dans le cours de la fièvre rémittente : d'après la statistique de l'auteur, portant sur 1,033 cas observés dans les Indes, 26 seulement se sont accompagnés de jaunisse, et 2 d'hématinurie. Ces derniers cas sont d'une haute gravité. Les symptômes de l'affection sont alors une fièvre considérable, irrégulière, de la douleur et de l'accroissement de volume du foie, des selles bilieuses, des vomissements bilieux, et la coloration ictérique des téguments. Les urines ne renferment pas d'albumine, mais une quantité prodigieuse de pigments sanguins et de pigments biliaires.

L'auteur en conclut que la présence de l'hématinurie indique une destruction considérable de globules sanguins. Le degré d'ictère mesure en quelque sorte la désintégration globulaire : il est d'un pronostic grave et indique que la maladie est fort intense. H. R.

VI.— V..., 23 ans, est atteint de fièvre intermittente quotidienne dont les accès ont cédé à la quinine. Le 7 avril, la fièvre reparaît : une dent cariée donne une hémorragie durant 3 heures ; dans la nuit suivante, épistaxis. Le 8 avril au matin, le malade se plaint d'un violent mal de tête subit, se recouche, est bientôt pris de convulsions : perte de l'intelligence, contracture des membres, mouvements convulsifs ; on donne un lavement (qui est gardé) de 2 grammes de quinine ; l'état comateux persiste, la respiration déjà stertoreuse s'embarrasse et le patient meurt deux heures près le début de l'attaque.

Autopsie. La rate, hypertrophiée, présente une coloration mélanique et un ramollissement du parenchyme, indices d'une intoxication paludéenne suraiguë et pernicieuse. Congestion considérable des méninges et des circonvolutions cérébrales : l'incision des méninges donne lieu à un écoulement abondant de sang. Au niveau du vertex, du sang est extravasé sous les méninges ; au-dessous, on aperçoit une solution de continuité des circonvolutions, assez grande pour permettre l'introduction de l'index, et qui est située en dehors et en arrière du lobule pariétal gauche. Le doigt tombe dans un vaste foyer hémorragique, du volume d'un œuf de poule, occupant une partie du lobule pariétal inférieur, au niveau du pli courbe. Sur les parois du foyer, existent de vrais foyers miliaires d'apoplexie capillaire. MAUBRAC.

VII. — Étude très consciencieuse, riche d'observations et de recherches personnelles faites avec une rigoureuse technique, illustrée de 202 figures.

Tout d'abord, les conditions dont l'ensemble constitue le milieu fébrigène : surcharge du terrain en matières végétales dans un état de décomposition avancée, finement divisées et intimement liées avec la substance minérale, humidité modérée et constante, température élevée et supérieure à 15° C., enfin, contact de l'air. Cela admis, l'auteur aborde son sujet véritable, la recherche des micro-organismes.

Nous signalerons, en premier lieu, un historique fort complet, avec exposition très nette des diverses découvertes et leur critique.

La deuxième partie comporte la technique employée pour la recherche des micro-organismes dans les terres, les vases, les poussières, dans les eaux, dans l'air, enfin dans le sang.

La troisième partie, tout à fait personnelle, contient l'exposé des re-

cherches de l'auteur. Ces recherches, entreprises pour connaître la flore et la faune des marais, ont porté sur les terrains salubres, les eaux potables, l'air sain, le sang normal, la vase et l'eau des marais, l'air des marais, le sang des paludéens (à la Guadeloupe).

Or, voici les conclusions auxquelles l'auteur a été amené :

Il n'a pu trouver ni microphyte ni microzoaire caractérisant l'eau du marais : les eaux potables et les eaux bourbeuses contiennent les mêmes infiniment petits, la différence n'existe que dans les quantités. Quant à l'innocuité effective de l'eau potable, elle est due à la mort des micro-organismes par le suc gastrique, dont l'action destructive est évidente (faits expérimentaux).

La comparaison de l'air salubre et de l'air du marais est plus fructueuse : l'air du marais contient des bactéries plus nombreuses et plus développées, et d'une manière presque constante des algues monocellulaires et surtout des amibes. La présence des amibes est due à ce que, par les variations de niveau du marais, des parties de la rive se dessèchent, et les amibes, dont beaucoup peuvent avoir conservé leur vitalité, sont soulevées dans l'air ; ces amibes sont, dans l'atmosphère des marais, rencontrées en plein état de développement.

Maurel n'a jamais rencontré dans ses préparations de sang humain le parasite de Laveran ; il admet toutefois l'existence de ce parasite, qu'il a pu observer sur des préparations de Laveran.

Mais, dans une série de macérations, en suivant le développement des micro-organismes, Maurel a vu des corps unis ou biflagellés, ressemblant complètement à ceux de Laveran ; dans sa forme primitive, le corps ressemble aux amibes : (les amibes dans leur développement n'ont jamais de flagella) ; mais bientôt les dimensions augmentent, le corps présente des flagella, un, deux ou plus ; les dimensions s'accroissent ainsi que l'activité de l'animal, les variations de forme du corps sont très rapides ; puis, l'activité diminue, la forme sphérique reparaît, le corps puis les flagella deviennent immobiles ; enfin le corps se déforme, l'enveloppe cède, et il ne reste plus qu'un amas de granulations.

Ces recherches établiraient d'une manière non douteuse l'existence des corps flagellés de Laveran en dehors de l'organisme. MAUBRAC.

I. — **Clinical notes on hœmophilia, par Th. OLIVER** (*The Lancet*, 18 *septembre* 1886).

II. — **Case of hœmophilia : pedigree through five generations, par Fr. TREVES** (*Ibidem*, 18 *sept.* 1886).

III. — **Purpura und Erythem, par E. WAGNER** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XXXIX*, *p.* 431).

IV. — **Ueber Purpura fulminans, par HENOCH** (*Berl. klin. Woch.*, *janvier* 1887).

V. — **Zur Casuistik der Purpura hœmorrhagica, par E. MASING** (*St-Petersburg.*, *med. Woch.*, *n°* 39 *et* 40, 1886).

VI. — **Un caso di porpora emorragica, par CASORETTI** (*Riforma med.*, 3 *octobre* 1887).

VII. — **Étude clinique sur le purpura, par H. MOLLIÈRE** (*Annales de dermat.*, *avril* 1887).

I. — Oliver fait connaître deux remarquables observations d'hémophilie :

1° Homme de 33 ans, ayant présenté depuis son enfance des hémorragies persistantes à la suite des moindres plaies ; épistaxis fréquentes et difficiles à arrêter. A partir de l'âge de 20 ans, accès répétés d'hématurie. Trois semaines avant l'admission, hémorragie par les gencives, qui persiste pendant plus de deux mois ; en même temps on observe à plusieurs reprises un gonflement douloureux avec épanchement dans les grandes jointures et surtout aux genoux. Quelques semaines après être sorti de l'hôpital, le malade ayant voulu s'interposer dans une rixe est bousculé et jeté violemment contre une porte. Il se rend à pied à l'hôpital ou un examen immédiat ne fait rien découvrir d'anormal ; il accuse seulement quelques douleurs contusives dans le côté droit de la poitrine. Le lendemain, il meurt subitement avec les signes des hémorragies internes. A l'autopsie, on trouve un épanchement sanguin notable sous le grand pectoral droit, un énorme foyer hémorragique dans le médiastin antérieur et une collection sanguine de plus de deux litres dans la plèvre droite. Pas de gros vaisseaux rompus, mais quelques néo-membranes anciennes, dont la déchirure a pu amener l'hémorragie.

2° Jeune garçon de 18 ans, atteint, à la suite de l'extraction d'une dent, d'une hémorragie qui dure 48 heures et qui reparaît à de fréquentes reprises durant cinq semaines ; quelque temps après, légère contusion à la cuisse droite, suivie d'un gonflement rapide du membre, avec gêne douloureuse des mouvements, qui mit près d'un mois à disparaître. Ce malade comptait dans sa famille dix autres hémophiles. Le tableau généalogique donné par l'auteur est intéressant à consulter, parce qu'il montre l'hémapholie sautant une, deux et jusqu'à trois générations pour reparaître ensuite. Les individus de sexe masculin sont atteints deux fois plus souvent que les femmes.

II. — A propos d'un cas d'hémophilie observé chez une petite fille de six ans, chez laquelle la disposition morbide s'est révélée pour la première fois à l'occasion de l'extraction d'une dent de lait, Fr. Treves donne la généalogie complète de cette enfant qui appartient à une famille d'hémophiles avérés depuis cinq générations. Ce tableau, impossible à reproduire ici, comprend plus de quarante personnes, parmi lesquelles on a noté onze hémophiles, dont dix garçons et seulement une fille. Selon la remarque de l'auteur, cette observation confirme plusieurs faits connus savoir : 1° la fécondité remarquable signalée par Wachmuth dans les familles d'hémophiles ; 2° le fait que l'hémophilie frappe les mâles de préférence, mais se transmet plutôt par l'intermédiaire des femmes (Grandidier). Un hémophile marié à une femme saine a presque toujours des enfants sains ; au contraire, une fille d'hémophile, bien qu'indemne elle-même et mariée à un homme sain, a presque toujours des hémophiles parmi ses garçons. H. BARTHE.

III. — Dans un mémoire, Wagner élimine systématiquement le purpura symptomatique de l'hémophilie, des intoxications, des maladies virulentes et des cachexies : il réserve ce nom pour le purpura hémorragique essentiel. Mais il est facile de voir que c'est là un cadre théorique, car la plupart de ses observations ont trait à des éruptions hémorragiques fébriles, coïncidant souvent avec des maladies générales (pneumonie, néphrite, tuberculose). Un des faits qu'il mentionne a trait à un jeune homme de 22 ans, qui une ou deux fois par an était atteint d'une poussée purpurique accompagnée de douleurs abdominales, de diarrhée, d'œdème cutané : symptôme complexe analogue à celui que Strubing a décrit sous le nom d'œdème cutané angioneurotique (*Zeit. f. kl. Med.* IX p. 381).

Le travail de Wagner se termine par un parallèle entre le purpura,

l'érythème noueux et l'érythème polymorphe, trois manifestations cutanées souvent réunies chez le même malade. A. MATHIEU.

IV. — Sous le nom de purpura fulminans, Henoch décrit une affection de jeunes enfants dont voici les traits principaux. Soit spontanément, soit après une maladie aiguë telle qu'une pneumonie ou un exanthème, surviennent des douleurs, de la fièvre, parfois des convulsions et finalement de larges ecchymoses sur les membres, avec des phlyctènes sanguinolentes : la mort survient en quelques jours, et l'autopsie est négative : les muqueuses sont complètement exemptes d'hémorragie. L'idée de variole doit être écartée.

Senator et Virchow ont observé des cas analogues après la diphtérie et la rougeole : dans un cas de Klebs, on a signalé la présence de bactéries dans le liquide de phlyctènes. J. B.

V. — Cas de purpura myélopathique, où l'auteur relève spécialement : la participation transitoire du cœur, sans lésion persistante plus tard ; le siège des douleurs dans les masses musculaires plutôt que dans les jointures ; l'évolution cyclique de l'éruption érythémato-purpurique ; l'absence d'hémorragie par les muqueuses.

Le purpura hœmorrhagica serait tout à fait exceptionnel à Saint-Pétersbourg. A. CHAUFFARD.

VI. — Enfant de 7 ans, grêle et délicat, subit, le 30 avril, l'extraction d'une dent; au retour, il est effrayé par le sifflet d'une locomotive. Quatre jours après, stomatorragie abondante et apparition d'un purpura sur tout le corps et principalement sur les membres, sous forme de taches rouges hémorragiques ; ecchymoses sublinguales sur le palais et les tonsilles. Pas de fièvre. Urines normales. La culture du sang ne donne pas de résultats. Guérison en quinze jours. L'auteur attribue dans l'étiologie de ce fait une grande importance aux émotions vives éprouvées par l'enfant, extraction d'une dent et frayeur. Il croit à des troubles de l'innervation voso-motrice chez un enfant nerveux, et non à une affection de nature infectieuse. F. BALZER.

VII. — Travail basé sur des observations cliniques intéressantes et dans lesquelles Mollière apporte de nouvelles contributions à l'étude des variétés du purpura. Il s'occupe d'abord des formes exanthématique et pseudo-exanthématique. Il admet la nature infectieuse dans un bon nombre de cas, bien que le contage nous soit encore inconnu : le rein est impressionné dans ces cas comme il peut l'être dans la scarlatine, dans l'érysipèle, la variole. Il croit, dans ces cas de purpura fébrile avec albuminurie, à l'existence de ferments figurés, bien qu'on ne les ait pas encore démontrés. L'infection peut se manifester dans ces cas par des poussées successives de purpura qui évoluent en affectant les allures de poussées d'exanthème plus ou moins graves. A côté de ces formes infectieuses primitives, l'auteur place certaines formes très analogues qui surviennent dans le cours des maladies du cœur et du poumon, dans la tuberculose pulmonaire, par exemple. Ces purpuras symptomatiques sont pour lui d'une nature un peu différente, il les désigne du nom de purpura exanthématique.

Il admet franchement l'existence d'un purpura rhumatismal, impossible à nier dans certains cas d'érythème noueux. Au contraire, la péliose rhumatismale des auteurs lui semble représenter un groupe encore confus, une sorte de caput mortuum renfermant les éléments les plus disparates et notamment des faits qu'il conviendrait de rattacher au pur-

pura exanthématique. Dans la dernière partie de ce travail, l'auteur étudie les formes dans lesquelles il faut admettre des altérations du sang et des vaisseaux, notamment le purpura syphilitique, les purpuras prémonitoires de cancer, de tuberculose, les purpuras liés manifestement à des troubles d'innervation motrice. Il revient enfin, en terminant, sur un point déjà soulevé dans un travail de 1874 (*Lyon médical*), à savoir, les relations qui existent entre le purpura et l'hémophilie, et rapporte à ce propos plusieurs observations nouvelles. F. BALZER.

I. — Beriberi among Chinese coolies at the Sandwich islands (Béribéri chez les coolies chinois aux îles Sandwich), par VINEBERG (*New York med. Journ., p.* 149, 5 *février* 1887).

II. — Note on three (3) cases of tropical Beriberi and an some analogous indigenous cases of multiple neuritis, par E.-C. SEGUIN (*Med. News,* 18 *décembre* 1886).

III. — Le béribéri à Poulo-Condore en 1881-82, par REAUCAR (*Thèse de Paris,* 9 *décembre* 1886).

IV. — Le béribéri à Poulo-Condore en 1883-84, par J.-L. VILLETTE (*Thèse de Lille,* 29 *mai* 1886).

I. — Le béribéri a sévi, à titre d'endémie, sur les coolies chinois employés dans les plantations de sucre des îles Sandwich. On a compté 100 cas sur 350 Chinois, et 10 cas seulement chez les natifs.

L'affection débute par une paraplégie parfois soudaine; cette paraplégie peut être précédée de douleurs ou bien de troubles gastriques. Rarement il y a de l'œdème des membres inférieurs. Conservation de la sensibilité et des réflexes. Pas d'atrophie musculaire. Pas de paralysie des sphincters, sauf à la période terminale.

La moitié des malades a guéri au bout de quatre semaines environ. Trente sujets ont succombé par paralysie des muscles de la respiration en trois ou quatre semaines. Dans 20 cas, l'affection est devenue chronique.

L'auteur attribue la maladie à l'alimentation défectueuse et au surmenage. L. GALLIARD.

II. — Seguin publie trois cas de béribéri qu'il a pu étudier avec soin et rapproche de ces faits trois cas de névrite multiple, un d'origine alcoolique, les deux autres de nature inconnue; il montre, par la similitude des symptômes, parésie, anesthésie, paralysie avec atrophie, œdème des extrémités sans lésions rénales, etc... que le béribéri appartient vraisemblablement à la classe des névrites. Il ne manquait dans ces trois cas que les troubles respiratoires et cardiaques pour que l'analogie fût complète. A. C.

III. — Historique détaillé et critique rapide des divers éléments étiologiques invoqués.

L'auteur admet le béribéri « maladie infectieuse déterminant l'hydrorachis, se manifestant par des troubles sensitivo-moteurs et des modifications fonctionnelles du système nerveux ganglionnaire pouvant aboutir à des lésions permanentes des fibres nerveuses ».

Il admet un rapport constant entre certaines formes de plaies et le béribéri; le sujet porteur de ces ulcères aux membres inférieurs, spé-

ciaux, rebelles à tout traitement, est voué au béribéri ; de plus, des opérations chirurgicales, même insignifiantes, peuvent entraîner l'éclosion de la maladie, ce qui porterait à croire à l'existence latente de l'affection. En un an, sur 100 béribériques, 24 étaient atteints d'ulcères. Signalons encore une étude sur la gravité foudroyante de la forme hydropique aiguë, lorsqu'elle débute par la face, à l'exclusion des autres régions.

En 1880, 800 condamnés ont donné 70 décès, dont 43 par béribéri.

En 1881, 772 condamnés ont eu 45 béribériques, dont 22 décédés.

IV. — Les causes de l'épidémie qui sévit sur les condamnés à Poulo-Condore seraient : la chaleur humide, les brusques changements de température, des vêtements défectueux, une alimentation insuffisante, le travail excessif, la démoralisation et l'encombrement. MAUBRAC.

Bericht über die Temperaturverhältnisse in 200 tödlich verlaufenen Typhusfällen nebst einigen Ketzerischen Bemerkungen über Antipyrese (Étude sur la température dans 200 cas mortels de typhus, avec quelques réflexions qui s'éloignent de l'opinion commune), par A. GLAESER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLI*, *p.* 1, 1887).

L'auteur, d'après ses observations, est persuadé, contrairement à l'opinion commune, que la température dans les cas mortels de fièvre typhoïde est inférieure en moyenne à la température dans les cas qui ont abouti à la guérison. Il a examiné les tracés de 3,000 cas ayant donné 200 morts, de 1877 à 1887, à l'hôpital général de Hambourg. Il a comparé ces tracés à celui que donne Wunderlich comme exemple d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, se terminant par la guérison; la courbe atteint 40° le soir du 4e jour, se maintient aux environs de 40° jusqu'au 15e jour, et revient à la normale le 22e jour.

Sur 200 cas mortels, parmi lesquels 12 sont à éliminer à cause de l'absence de renseignements sur la température avant l'entrée à l'hôpital, 15 seulement doivent être considérés comme ayant évolué avec une température élevée, c'est-à-dire avec une température dont la moyenne se soit élevée au-dessus de celle donnée dans le tracé de Wunderlich.

Du reste, la température humaine peut s'élever, sans causer la mort, bien au delà des maxima observés habituellement dans la fièvre typhoïde 49°,9 C. (122° F.) dans un cas de Teale ; 44°,6 cas de Donkin, (fièvre typhoïde); 43°, 8 cas de Cheadle. Réciproquement des phénomènes graves peuvent se produire dans le typhus abdominal, avec des températures peu élevées qui dépassent peu la normale. Il y a donc lieu de revenir sur l'influence nocive attribuée à la température.

L'auteur proteste contre le fanatisme de certains médecins pour l'antipyrèse. Il condamne la méthode des bains froids qui lui paraît cruelle et inutile. L'élévation de la température lui paraît non pas la cause, mais seulement l'indice du danger. Rien ne prouve qu'il faille quand même abaisser la température. A. MATHIEU.

I. — **The etiology of rheumatism considered from a bacterial point of view** par **Alfred MANTLE** (*Brit. med. j., p.* 1381, *juin* 1887).

II. — **Einige Bemerkungen ueber die rheumatische Schwiele (Remarques sur les callosités rhumatismales), par Leopold EWER** (*Berl. kl. Woch., p.* 150, 28 *février* 1887).

III. — **Ueber die rheumatische Schwiele, par KRUKENBERG** (*Ibidem, p.* 777, 10 *octobre* 1887).

IV. — **Note relative à des troubles trophiques d'origine rhumatismale, par Al. RENAULT** (*Soc. méd. des hôpit.*, 22 *juin* 1887).

I. — Mantle rappelle les analogies qui rapprochent le rhumatisme de certaines maladies infectieuses, comme la malaria, la scarlatine, etc., et il rapporte certains cas où l'affection parut épidémique et contagieuse. Ces faits l'ont conduit à rechercher s'il n'existerait pas un microbe du rhumatisme. En recueillant, avec les précautions antiseptiques, le liquide de la sérosité articulaire dans des cas de rhumatisme aigu, il a isolé des bactéries qui paraissent proliférer de préférence dans les milieux acides. Mais rien ne prouve, jusqu'ici, que ces micro-organismes aient une influence pathogène, et que leurs cultures soient aptes à reproduire la maladie. H. R.

II. — Les callosités musculaires rhumatismales de Froriep, autrement dit les myosites chroniques, sont beaucoup plus communes qu'il ne semble.

Ces indurations peuvent être uniques, ou, au contraire, exister par centaines chez le même malade.

Quand elles sont très nombreuses, on trouve, en général, aussi, dans la peau, quelques parties épaissies extrêmement douloureuses.

Le développement de ces altérations est très lent et reste souvent inaperçu des malades. Toutefois, quand les callosités musculaires sont multiples, elles donnent lieu à des phénomènes variés : douleurs paroxystiques, gêne dans les mouvements, fatigue précoce, crampes, etc. J. B.

III. — Malade adressé à la clinique de Bonn pour être amputé d'un ostéosarcome fémoral.

Depuis 10 ans, il était atteint de rhumatisme musculaire, et, depuis un mois, avait, dans la cuisse, des élancements avec gonflement diffus et rougeur de la face antérieure du membre.

La tuméfaction, très dur, occupait les adducteurs et les extenseurs, y pénétrait profondément et semblait adhérer à l'os. Néanmoins, Trendelenburg, repoussant l'idée d'une tumeur maligne, diagnostiqua une myosite rhumatismale calleuse. Une incision exploratrice montra la peau indurée et épaissie : les muscles superficiels étaient normaux tandis que les muscles profonds étaient transformés en masses lardacées, consistantes et ne réagissaient pas à l'électricité. L'os était sain; sous l'influence des massages, la tumeur disparut graduellement et l'excitabilité électrique reparut.

Les signes différentiels d'avec les tumeurs malignes sont l'altération spéciale des téguments, la contracture des muscles, la disparition de l'excitabilité électrique, et enfin l'état général du malade. On pourrait faire confusion avec une manifestation syphilitique.

IV. — Homme de 34 ans, rhumatisant héréditaire. Tous les ans, depuis 1873, il a, en janvier ou en février, une atteinte de rhumatisme pendant

laquelle il perd ses cheveux et les ongles de ses orteils. Renault a pu suivre, pendant 3 semaines, ce malade et a été témoin de la chute des ongles des trois premiers orteils. Il n'y a aucun signe de tabes. H. L.

Trattato della difteria, par Vincenzo COZZOLINO (*In*-8, *t. Ier*, *Naples*, 1887).

Ce premier volume est consacré à l'étude historique et statistique de la diphtérie et aux questions d'hygiène et de prophylaxie que réclame la contagion de cette maladie, (hôpitaux d'isolement, désinfection, soins à prendre après le décès d'un diphtéritique, etc...).

La partie la plus importante de ce livre est celle qui a trait à l'origine de la diphtérie. Cozzolino donne dans une série de chapitres l'étude historique et critique des doctrines qui ont eu cours depuis les plus anciennes jusqu'à la période moderne. Il discute, à ce propos, la diphtérie des gallinacés et fait ressortir les analogies qu'elle présente avec la diphtérie humaine. La bactériologie n'a pas dit encore son dernier mot sur la nature intime de la maladie; des recherches ont été faites par Tigri, Letzerich, Lœffler, Babès, Emmerich, Talamon et ont donné des résultats; elles sont analysées avec soin, ainsi que les divers méthodes de technique et de culture bactériologiques. En terminant Cozzolino retrace dans ses détails l'histoire de l'épidémie de Reggio-Calabria en 1884. A. C.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Des hémorragies utérines; étiologie, diagnostic, traitement, par SNÉGUIREFF traduction de VARNIER (*In*-8°, *Paris* 1886).

Sous ce titre, l'ouvrage est un traité de la plupart des affections spéciales à la femme. La statistique suivante indique à la fois l'étiologie des hémorragies utérines et le cadre parcouru par l'auteur. La métrorragie est déterminée pour l'auteur 25 0/0 par le cancer de l'utérus, 19 0/0 par les fibro-myomes, 11 0/0 par la métrite, 8 0/0 par l'endométrite, 6 0/0 par l'avortement, 6 0/0 par la subinvolution de l'utérus, 3 0/0 par l'antéflexion et la rétroflexion, 2 0/0 par la rétroversion et la rétroposition, et moins de 2 0/0 par la paramétrite, la grossesse, la péri et para-ovarite, l'apoplexie ovarienne, la rupture du col, les kystes de l'ovaire, l'hématocèle péri-utérine, le prolapsus, le sarcome de l'utérus, l'hypertrophie du col, l'antéversion, la ménopause, le cancer du corps de l'utérus, le fibrome du col, les affections organiques du cœur et la chlorose. On voit l'étendue des sujets traités successivement dans cet ouvrage. Il est plutôt basé sur de nombreuses observations cliniques que sur une critique minutieuse de la littérature sur ce sujet. Les aperçus originaux y sont nombreux, mais paraissent souvent hypothétiques. On lira avec profit un grand nombre des chapitres de l'ouvrage. A propos du traitement, l'auteur s'étend longuement sur l'emploi des injections chaudes et sur ce qu'il désigne sous le nom de bains de soleil. Le manuel opératoire, les résultats, les indications des injections chaudes

sont en particulier le sujet d'un chapitre intéressant. L'auteur proteste contre l'abus de l'intervention chirurgicale en gynécologie. PORAK.

Considérations sur les tentes aseptiques et sur leur mode d'emploi dans le traitement de l'endométrite, par PORAK (*Nouvelles archives d'obst. et de gyn., juin, juillet, août* 1887).

La dilatation de l'utérus par les tentes a été généralement rejetée à cause des accidents septiques que l'on observe de temps à autre à la suite de leur emploi. L'auteur donne le résultat de ses recherches sur un procédé de la rendre aseptique. Il a constaté que l'alcool, l'huile, l'éther, les essences ne dilatent ni l'éponge préparée débarrassée de la ficelle, ni la laminaire. L'éther et l'huile ne dilatent pas le tupelo. Il n'en est pas de même de la glycérine. Ces substances étant de bons dissolvants de substances antiseptiques, on peut s'en servir pour porter dans l'intimité même des tentes l'agent antiseptique. Les tentes, après leur séjour dans les liquides, ne perdent pas, au moins d'une façon notable, leur propriété d'extensibilité dans les milieux aqueux. L'éther iodoformé, l'alcool tenant en dissolution du sublimé corrosif pour la laminaire, sont les agents auxquels l'auteur donne pour le moment la préférence. Mais il n'est pas encore arrivé à un résultat définitif.

L'emploi des tentes aseptiques permet de recourir plus sûrement à la dilatation de l'utérus dans le traitement de l'endométrite, avec ou sans emploi ultérieur de la curette. Il pense que ce traitement n'est pas plus dangereux et qu'il est plus efficace que la cautérisation intra-utérine. Il donne à ce propos la statistique de plus de 600 observations de divers traitements. Ce ne doit cependant être qu'un mode exceptionnel de traitement pour les cas de métrite particulièrement rebelle. P.

Ueber die Beziehungen der Utérus-schleimhaut zu der Erkrankungen der Adnexa (Comment se comporte la muqueuse utérine dans les cas d'affections des annexes), par A. CZEMPIN (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie Band XIII, Heft* 2.)

On a décrit les transformations de la muqueuse utérine en présence des grossesses extra-utérines, et en présence des fibromes (Wyder, V. Campe). Il existe d'autres affections des organes annexes qui exercent sur la muqueuse utérine une influence perturbatrice.

Cette influence se manifeste par des hémorragies atypiques plus ou moins abondantes, et survenant brusquement alors qu'aucun phénomène n'avait attiré l'attention du côté de l'utérus. L'auteur a vu ces hémorragies se produire : 1° Chez les femmes atteintes d'inflammation des trompes ou des ovaires ;

2° En présence d'exsudats paramétriques ou sous l'influence de l'excitation produite par des cicatrices para ou périmétriques ;

3° Sous l'influence de tumeurs des annexes, pyosalpynx, sarcome et carcinome de l'ovaire.

Dans la première catégorie, l'hémorragie est toujours accompagnée de douleurs spontanées extrêmement violentes (10 observations) : on retrouve le plus souvent, dans les anamnestiques une infection plus ou moins récente, puerpérale ou gonorrhéique. Le curage est parfois nécessaire pour maîtriser ces hémorragies (2 cas sur 10).

Dans les deux cas de la 2me catégorie observés par l'auteur, il s'agissait de femmes qui avaient subi l'ablation des deux ovaires et des deux trompes. Cinq mois après, sous l'influence du développement des tissus cicatriciels dans le bassin, se montraient des hémorragies irrégulières, ne rappelant, ni comme types ni comme intensité, l'hémorragie menstruelle. La 3me catégorie comprend 4 cas de pyosalpingite, un cas de sarcome de l'ovaire, et un cas de carcinome de l'ovaire.

L'examen microscopique des lambeaux de muqueuse enlevés dans un certain nombre de ces cas, a montré que tantôt la muqueuse était profondément altérée (endométrite glandulaire, endométrite interstitielle), tantôt elle était parfaitement normale et l'hémorragie ne pouvait alors s'expliquer que par un raptus congestif de nature réflexe. H. DE BRINON.

Cervixrisse und Erkrankungen der Gebärmutter (Les déchirures du col dans leurs rapports avec les affections utérines), par E. NOEGGERATH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 765, 10 *octobre* 1887).

Les observations faites sur 100 femmes atteintes d'affections utérines, dont 50 n'avaient pas de déchirure du col, tandis que 50 avaient de vastes déchirures bilatérales, ont amené Noeggerath aux conclusions suivantes :

1° Parmi les femmes ayant l'utérus malade, les conceptions sont plus fréquentes chez celles dont le col offre des déchirures que chez celles où il est intact, et les premières avortent plus rarement ;

2° Les déchirures du col n'ont aucune influence sur la situation de l'utérus ;

3° La cavité utérine n'éprouve aucun allongement du fait des déchirures du col ;

4° Les érosions et ulcérations sont aussi communes sur les cols non déchirés que sur les autres et les tissus du col ne sont pas plus souvent malades quand le col offre des déchirures que lorsqu'il est intact ;

5° Les déchirures du col n'exercent aucune influence sur le développement des affections utérines non plus que sur leur intensité ;

6° L'ectropion des lèvres n'est jamais la conséquence immédiate d'une déchirure du col. J. B.

Situation et prolapsus des ovaires, par P. VALLIN (*Thèse de Paris*, *n°* 266, 1887).

Pour l'auteur, l'ovaire, à l'état normal, a une direction presque verticale : il est appendu par son extrémité, dite externe, au ligament infundibulopelvien — prolongement latéral du ligament large, remontant vers les parties supérieures, le long des vaisseaux ovariques. — L'ovaire est collé contre la paroi de l'excavation : il occupe, dans l'angle de bifurcation des vaisseaux iliaques, la fossette ovarienne, suspendu au-dessus de la fossette sous-ovarienne, qui est limitée en arrière par le ligament utéro-lombaire : ce dernier ligament part à 1 centimètre au-dessus du point de départ du ligament utéro-sacré, se dirige en haut et en dehors, croise la bifurcation de l'iliaque primitive, et se dirige vers la dernière vertèbre lombaire ; enfin, la trompe et l'aileron recouvrent presque complètement l'ovaire, et l'isolent de l'intestin. Très mobile, l'ovaire est

tributaire des mouvements de l'utérus, et gravite autour de son insertion au ligament infundibulopelvien, son point fixe.

Le prolapsus de l'ovaire est le résultat du relâchement des organes de soutènement de l'ovaire, conséquence presque exclusive d'un défaut d'involution après la grossesse. Comme causes occasionnelles, il faut ajouter l'augmentation de volume de l'ovaire, l'amaigrissement, la rétroversion de l'utérus, les adhérences, les chutes, certaines particularités du côté du bassin.

Les symptômes qu'on retrouve dans la plupart des prolapsus d'ovaire sains, non compliqués, sont : la difficulté et la douleur dans le coït et la défécation, souvent une ovarite, une rétroversion, viennent mêler leurs symptômes à ceux du prolapsus.

Dans le traitement de cette affection, les pessaires peuvent rendre des services : il est difficile d'en trouver un qui maintienne parfaitement le prolapsus. Parfois on se verra obligé de pratiquer la castration unilatérale, si un seul ovaire est prolabé. Quant à l'oophorraphie (opération d'Imlach), très difficile à pratiquer, on n'y doit avoir recours que dans le cas d'ovaires sains.

Dans ce travail, l'auteur rapporte 34 observations, dont 12 inédites.

MAUBRAC.

Kyste de l'ovaire transplanté. Étude sur la séparation complète. Accidents du nouveau pédicule, par V. CHALOT (*Ann. de gyn., mars, juillet* 1887).

A l'occasion d'une observation de séparation d'un kyste de l'ovaire, l'auteur fait une étude de cette particularité de la marche des kystes de l'ovaire. Le mécanisme de la séparation des kystes de l'ovaire est encore obscur, elle est due probablement surtout à la torsion et à l'élongation du pédicule et aussi à l'action des brides constrictives ; mais au lieu de s'atrophier et d'être frappé de nécrobiose, il arrive que le kyste se transplante et vit grâce à la formation d'un nouveau pédicule, qui peut, à son tour, se tordre, s'allonger et se rompre. Ce phénomène ne comporte donc pas toujours un pronostic favorable. La disparition du pédicule est rare, l'auteur n'en a trouvé que 27 cas dans la science. Les kystes dermoïdes y sont particulièrement prédisposés. On a très rarement trouvé ces kystes séparés et complètement libres dans la cavité abdominale ; ils sont ordinairement unis à la paroi abdominale par des adhérences multiples, ou par des adhérences réunies en faisceau épais, constituant un pédicule secondaire, presque toujours épiploïque ou mésentérique. Il y aura donc lieu dans les cas de tumeurs épiploïques ou de corps libres dans le péritoine de se demander s'il ne s'agissait pas primitivement d'ovaires normaux ou supposés tels, ou altérés, détachés de leurs connexions normales.

PORAK.

De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires, par TERRILLON (*Revue de chirurgie, n° 4, p.* 245, 10 *avril* 1887).

L'auteur fait une étude complète de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Comparant les différentes statistiques, il admet que la proportion la plus probable est de six pour cent kystes, en ne comprenant

bien entendu dans ce chiffre que les cas de torsion ayant déterminé des accidents du côté du kyste, et sans parler des torsions incomplètes rencontrées au cours d'une ovariotomie et dans lesquelles la circulation n'était nullement entravée.

Comme causes : changements d'attitude, mouvements brusques du corps, ébranlement de l'abdomen, exploration (deux cas de Frænkel), pressions sur le ventre, mouvements alternatifs de déplétion et de réplétion de l'intestin et de la vessie (expér. de Klab et de Vercontie) ; développement d'une tumeur au voisinage du kyste, utérus en gestation, etc. ; développement inégal du kyste lui-même, adhérences, déplacement spontané de la tumeur d'un côté à l'autre de l'abdomen. La nature de la tumeur n'a aucune influence sur la production de la torsion; celle-ci siège aussi fréquemment à droite qu'à gauche.

Après avoir étudié complètement l'anatomie pathologique et les symptômes, l'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic; la ponction exploratrice elle-même ne fournit de signe certain que si le liquide retiré est de couleur chocolat avec une odeur gangreneuse. Le diagnostic est difficile entre la torsion du pédicule, la déplétion et la rupture du kyste ; peu importe d'ailleurs, l'indication opératoire étant formelle dans les deux cas.

Au point de vue du pronostic, on peut ranger en quatre catégories les observations publiées :

1° Cas dans lesquels la torsion n'a produit aucun accident;

2° Cas dans lesquels la torsion a produit des accidents légers ;

3° Cas dans lesquels il se produit des accidents graves au début, mais durant peu et diminuant ensuite ;

4° Cas dans lesquels l'étranglement rapide s'accompagne des phénomènes de la péritonite aiguë.

Le seul traitement est l'ovariotomie dont les suites seront d'autant plus heureuses qu'elle aura été pratiquée plus tôt.

Sur les 69 observations recueillies par Terrillon, on trouve 50 guérisons, 12 morts, 7 résultats inconnus.

Suivent quatre observations personnelles dans lesquelles l'opération (3 op. par Terrillon, 1 par Le Dentu) pratiquée pour des kystes à pédicule tordu avec adhérences après cessation des accidents aigus, a donné quatre guérisons. C. WALTHER.

De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire, par QUÉNU (*Revue de chirurgie*, n° 7, *p.* 543, 10 *juillet* 1887).

L'auteur rapporte les observations de deux malades opérées par lui, chez lesquelles l'examen du liquide ascitique retiré par la ponction avait montré 100 et 102 grammes de matières fixes par litre et même de la paralbumine dans l'un des cas; on en avait conclu à une tumeur végétante. La laparotomie permit de voir qu'il ne s'agissait pas de tumeurs à végétations extérieures, mais de tumeurs polykystiques, de gâteaux aréolaires surmontés de petits kystes. L'auteur a pu constater, sur une de ces petites poches, un orifice laissant suinter du liquide. A côté des ruptures véritables, ruptures des grands kystes seules décrites, il convient donc de signaler la rupture incessante de petites loges kystiques. D'où cette conclusion pratique :

1° Lorsque l'analyse chimique d'un liquide d'ascite révèle un poids de matières fixes supérieur à 75 grammes par litre, il est probable qu'on a affaire soit à une tumeur végétante, soit à une tumeur polykystique non végétante avec rupture de quelques aréoles ;

2° Dans les deux cas, l'ascite reconnaît pour cause l'épanchement de la substance mucoïde dans le péritoine. C. WALTHER.

Specimen of fibroid tumor of the ovary, par SIMS (*American journal of obstetrics, décembre* 1886).

Les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont rares (20 à 25 observations : Dr Coe). Le spécimen présenté par l'auteur provient d'une femme de 48 ans. Il paraît avoir été la cause de violentes douleurs comme dans le cas de J. Rendu (*R. S. M.*, XXIX, p. 582). D'après l'examen histologique pratiqué par le Dr Coe, son tissu était constitué essentiellement par des fibres musculaires lisses : sur quelques points, on remarquait des amas de cellules fusiformes. L'opération et la convalescence n'ont présenté rien de particulier. Dans les 8 mois qui se sont écoulés depuis cette opération, l'auteur a enlevé deux autres tumeurs pareilles. H. DE BRINON.

The operative treatment on retro-peritoneal cysts, par Christian FENGER (*American journal of obstetrics, juillet* 1887).

Dans le traitement chirurgical des kystes rétropéritonéaux, le drainage de Mikulicz avec la gaze iodoformée rend des services inappréciables et ne peut être remplacé par aucun autre système de drainage (tubes en verre ou en caoutchouc) ; il permet de laisser sans inconvénient de larges surfaces cruentées, telles qu'il en reste souvent après l'excision d'une partie de la paroi de ces kystes, l'ablation totale étant souvent impossible. L'auteur l'a employé quatre fois : il a eu un décès ; mais l'autopsie a démontré que la cause de la mort était l'altération des reins. Dans la discussion consécutive, l'auteur reconnaît qu'un des inconvénients du drainage avec la gaze est de ne pas toujours enlever la totalité des liquides sécrétés ; aussi prend-il depuis quelques temps la précaution d'insérer au centre de la gaze un tube de verre ou de caoutchouc. A. Reeves Jackson reproche au système de drainage de Mikulicz de prolonger la convalescence. H. DE BRINON.

Curious balls of sebaceus matter found in a dermoïd cyst, par MUNDÉ (*American journal of obstetrics, juin* 1887).

L'auteur présente à la société un flacon rempli de boules rondes, parfaitement sphériques, qui proviennent d'un kyste dermoïde, enlevé récemment. Ces boules sont de couleur chamois, sans traces de facettes ; leur surface est lisse et leur consistance rappelle celle du mastic ; le diamètre est d'environ un centimètre. Elles sont garnies de cheveux, la plupart blonds, quelques-uns noirs, qu'on distingue facilement à l'œil nu, à la surface et sur les coupes. Histologiquement, elles sont formées de globules de graisse, de cheveux, de squames épithéliales plates et sans noyau, quelques cristaux de cholestérine, et des parcelles irrégulières de pigment jaune brillant. Le liquide dans lequel elles nagent présente la même composition histologique : le kyste ne renfermait ni dents ni os. Des productions semblables ont été observées par Rokitanski et Routh. Leur genèse n'est pas connue. L'auteur émet les deux hypothèses qu'elles seraient dues à une hémorragie intrakystique (basée

sur les parcelles du pigment) ou aux mouvements de rotation de la tumeur. Le pédicule présentait une torsion manifeste. H. DE BRINON.

Ventral hernia caused by laparotomy, par W. Gille WYLIE (*American journal of obstetrics, janvier* 1887).

Les hernies de la ligne blanche sont une des suites fréquentes de la laparotomie. Pour éviter cet accident, il ne suffit ni de prolonger le décubitus dorsal ni d'appliquer des bandages : il faut faire la suture méthodique du fascia transverse qui est le principal agent de contention de la paroi abdominale ; il faut en outre restreindre le plus possible le volume des tubes à drainage, dont l'utilité n'existe que dans les premières heures qui suivent l'opération : enfin, il faut, autant que possible, éviter le traitement extra-péritonéal. H. DE BRINON.

Papilloma of Fallopian tube and the relation of hydroperitoneum to tubal disease, par Alban DORAN (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVIII*).

De deux cas qu'il a eu occasion d'observer dans un espace de sept ans, l'auteur tire les conclusions suivantes : le papillome de la trompe de Fallope est une affection rare, mais qui se présente avec des signes cliniques bien caractérisés. C'est moins une tumeur que le produit d'une inflammation de la trompe : il n'y a jamais de malignité. On trouve constamment une tumeur pelvienne qui s'étend dans la région hypogastrique : l'affection est indolente, et les douleurs, lorsqu'elles existent, sont dues à d'autres troubles pelviens. Dans un des cas observés par Alban Doran, la trompe était oblitérée ; les symptômes étaient exclusivement limités au bassin, et il n'y eut pas d'épanchement séreux du péritoine.

Dans ces conditions, le papillome ressemble beaucoup à l'hydrosalpynx ou au pyosalpynx; sa marche est moins aiguë. Dans le second cas, l'orifice de la trompe est resté ouvert et l'épanchement du péritoine s'est reproduit jusqu'à l'ablation de la trompe malade.

Le Dr Horrocks dit que le papillome doit être extrêmement rare ; car un examen minutieux de tous les cadavres de Guy's Hospital pendant 3 années consécutives n'en a pas fait découvrir un seul cas. J. Bland Sutton croit au contraire que le papillome n'est que l'exagération des plis normaux de la muqueuse de Fallope ; cette exagération se produit fréquemment et l'on trouve tous les degrés intermédiaires ; mais il est rare de la trouver portée au même degré que dans les deux cas de Alban Doran. H. DE BRINON.

I. — De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux, par MAGNIN (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Ueber Castratio des Weibes (Castration de la femme) par SCHEDE (*Soc. méd. de Hambourg*, 7 *février* 1887).

I. — Magnin a réuni 67 cas, qui se divisent ainsi :

7 fois pour des troubles nerveux vagues, 1 cas de mort; 5 de ces malades ont été suivies après l'opération, 4 furent guéries, toutes ne revirent pas leurs règles; 9 fois pour douleurs ovariennes violentes, pas de mort, 6 fois les malades ont été suivies ; guérison complète, 4 fois ;

25 fois pour des accidents hystériques avec douleur ovarienne intense, 2 cas de mort, 16 femmes furent examinées ultérieurement, parmi lesquelles 11 guérirent ; 26 fois pour des accidents hystériques graves, pas de mort, 22 femmes furent examinées plus tard, parmi lesquelles 15 ont guéri.

L'indication de l'opération réside dans des douleurs ovariennnes intenses. PORAK.

II. — Schede a pratiqué avec succès la castration chez 8 malades. Les 3 premières avaient une dégénération kystique des ovaires avec hydropisie des trompes et violentes névralgies ovariennes.

Deux femmes souffraient de sciatique du côté gauche et de troubles menstruels ; la pression de l'ovaire exaspérait la sciatique ; l'extirpation de l'ovaire gauche a amené une guérison complète. Une patiente avait des crises douloureuses à chaque époque menstruelle. Une avait à chaque époque un accès épileptique durant 3 jours ; depuis la récente opération, elle a eu ses règles une fois sans attaque.

La dernière a été soupçonnée de grossesse tubaire ; on a trouvé dans la cavité abdominale du sang coagulé ; les ovaires étaient kystiques ; après la castration, la métrorragie qui avait décidé le chirurgien à intervenir dura 15 jours. L. GALLIARD.

I. — Laparotomy for adherent retroflexed or retroverted uterus, par W.-M. POLK (*American journal of obstetrics, juin* 1887).

II. — The treatment of acquired anteflexion with disease of the ovaries with reference, etc., par M. C. COE (*Ibidem, juin* 1887).

I. — Dans 4 cas de déviations en arrière anciennes, où les autres traitements avaient échoué, Polk a eu recours à la laparotomie, se contentant de détruire les adhérences sans enlever aucun des organes, bien que les ovaires ou les trompes ne fussent pas toujours parfaitement sains. Dans deux cas, il a fait suivre cette opération de l'opération d'Alexander-Adam. Les résultats ont été satisfaisants dans les 4 cas, mais aucun n'est encore assez ancien pour que la guérison puisse être considérée comme définitive.

Dans la discussion consécutive, Wylie blâme la tendance que l'on a à considérer les adhérences comme une cause alors qu'elles ne sont qu'un effet, il croit que la péritonite pelvienne se rencontre rarement sans une altération des ovaires ou des trompes : toutes les fois que ces organes sont malades, il est d'avis de les enlever.

II. — Chez beaucoup de femmes atteintes d'antéflexion acquise, on trouve, avec les signes d'une lésion ovarienne, les ovaires déplacés, augmentés de volume et très sensibles à la pression. On est trop porté dans ces cas-là à proposer la castration. Coe a observé deux cas notamment dans lesquels la laparotomie avait été proposée et où la divulsion a été suivie de grossesse et de guérison. L'auteur conclut qu'on doit toujours essayer la divulsion, tout en faisant auprès des malades les réserves absolues sur le résultat, qui est toujours incertain.

Dans la discussion consécutive, tous les orateurs reconnaissent l'utilité de la divulsion : la plupart font suivre cette opération de l'introduction du pessaire à tige de verre intra-utérin.

Wylie estime que la dysménnorrhée, dans les cas d'antéflexion, est due

à une endométrite, et il a toujours vu la guérison se produire par la divulsion suivie de l'application intra-utérine d'acide phénique pur.

H. DE BRINON.

I. — The galvanic treatment of uterine fibroïds, par Ephraim CUTTER (*American journal of obstetrics, février, mars et avril* 1887).

II. — The value of electricity in certain of the diseases of women and in uterine inertia, par Egbert H. GRANDIN (*Ibidem, avril* 1887).

I. — Le traitement institué par l'auteur se rapproche de la méthode préconisée par Apostoli; mais, bien que l'application de l'électricité soit faite avec une grande hardiesse, les résultats paraissent bien moins satisfaisants que ceux obtenus par notre compatriote. L'auteur emploie une batterie modèle de Stoehrer (zinc, charbon et bichromate de potasse). Les huit éléments qui composent la batterie donnent un courant direct évalué à 27 ampères.

Les électrodes représentent deux poignards triangulaires dont la lance mesure 4 pouces 7/8 de long (environ 11 centimètres).

Ces électrodes sont introduits directement dans l'épaisseur de la tumeur, à travers la paroi abdominale, les lames convergeant de manière à former un angle aigu : un intervalle d'un demi-pouce doit exister entre les deux pointes. L'opération est très douloureuse et doit être faite avec anesthésie. Cinquante cas ont été ainsi traités de 1870 à 1880 : les résultats sont 4 morts ; 7 cas non modifiés; 25 cas dans lesquels le développement de la tumeur s'est arrêté sous l'influence de l'électricité; 3 cas améliorés, 7 cas complètement guéris. H. DE BRINON.

II. — Grandin n'emploie jamais l'électricité dans les cas aigus : il n'emploie le courant faradique qu'en vue de stimuler et le courant galvanique en vue de calmer ou de provoquer la résorption.

Dans l'aménorrhée dépendant d'une atonie des organes génitaux, sans chlorose, telle qu'on l'observe fréquemment chez les émigrantes, rien ne vaut, suivant l'auteur, le courant faradique.

Dans la subinvolution utérine, le courant galvanique ne doit être considéré que comme un adjuvant, mais un puissant adjuvant; il ne dispense pas des moyens habituels (opération d'Emmet, tampons glycérinés, application d'iode).

Dans l'ovarite et l'ovarialgie, le courant galvanique constitue un des meilleurs moyens. Il en est de même dans la pelvi-péritonite chronique.

Enfin dans l'inertie utérine consécutive à l'accouchement, le courant faradique a rendu à l'auteur des services éclatants.

Dans la discussion qui a suivi cette communication :

Munster a obtenu de bons effets de la faradisation contre l'ovarialgie : mais le courant galvanique ne lui a jamais donné d'effets permanents dans l'aménorrhée.

Peirce a guéri par l'électricité deux cas d'aménorrhée dus au changement de climat; il confirme les affirmations des deux précédents orateurs au point de vue de l'ovarialgie.

Lee a employé l'électricité (galvanique et faradique combinées) dans les cas d'atrophie prématurée de l'utérus et des ovaires, avec menstruation insuffisante et développement excessif de tissu adipeux : il a obtenu des améliorations temporaires.

Il s'est bien trouvé aussi du courant galvanique contre les douleurs pelviennes qui persistent parfois après l'ablation des trompes et des ovaires.

Harrisson n'a eu que des résultats insignifiants.

Cleveland a employé l'électricité pendant quatre mois dans un cas d'aménorrhée sans succès ; à l'hôpital, il n'a vu qu'un seul cas de guérison.

Hanks a obtenu de bons effets dans l'aménorrhée et dans l'inertie utérine post partum.

Freemann emploie l'électricité depuis vingt ans : il a récemment abandonné l'électricité faradique pour l'électricité statique, qui est moins pénible aux malades.

P.-F. Mundé est partisan convaincu de l'électricité. H. DE BRINON.

12 Cases of Alexander's Operation, par KELLOG (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 20 *août* 1887, *p.* 225).

L'opération est indiquée dans les cas suivants :

1° Procidence, qui n'a pu être guérie que par une périnéorraphie, quand celle-ci est nécessaire.

L'auteur en cite 20 observations suivies de succès.

2° Rétroversion ou rétroflexion, avec abaissement de l'utérus et prolapsus des ovaires : neuf observations sont rapportées : la résection a porté sur les deux ligaments ronds, sur une étendue de 4 pouces en moyenne, et les accidents de déplacement de l'utérus des ovaires, avec les troubles nerveux qui les accompagnaient, ont disparu.

Dans un cas de prolapsus avec rétroversion datant de 15 ans, les ligaments ronds étaient considérablement atrophiés ; celui du côté gauche se rompit, et celui du côté droit, très aminci, fut réséqué de 5 pouces. L'utérus hypertrophié diminua de volume, des adhérences qui immobilisaient le fond disparurent, bien qu'il n'y eut qu'un seul ligament pour soutenir l'utérus.

3° Dans les cas d'antéflexion combinés avec la rétroversion et le prolapsus des ovaires. Il n'y a point de raison pour rejeter l'opération pour la cure du prolapsus seul des ovaires.

4° Enfin dans les cas d'antéversion, lorsque le fond de l'utérus se trouve derrière le pubis. MAUBRAC.

Ueber die endgültige Heilung des Carcinom Cervix Uteri durch die Operation (De la guérison définitive du cancer utérin par voie opératoire), par M. HOFMEIER (*Zeitschrift für Geburs. und Gyn.*, *Band XIII*, *Heft* 2).

La clinique de l'Université de Berlin nous donne sur la question du traitement chirurgical une statistique portant sur une période de 8 ans, du 1er octobre 1878 au 1er octobre 1886. L'ablation partielle a été pratiquée 136 fois, avec 10 morts, soit 7,4 0/0 ; l'ablation totale a été pratiquée 74 fois, avec 12 morts, soit 16,2 0/0. En défalquant au point de vue des récidives toute opération qui date de moins d'un an, il reste, jusqu'au 1er octobre 1885, 114 opérations partielles. Sur ce nombre, 10 opérées sont mortes, 8 sont perdues pour la statistique : restent 96 malades ; 67 ont eu une récidive dans le cours de la première année. Des 16 opérations totales, 12 sont mortes, 1 a été perdue de vue, 13 ont eu une récidive dans le cours de la première année, 20 étaient encore bien portantes, un an après

l'opération. L'étude des cas qui ont échappé à la récidive montre que non seulement l'amputation de la totalité, mais l'ablation partielle du col suffit pour éviter tout danger de récidive locale. Le cancroïde volumineux, carcinome papillaire de Brauns, n'a donné presque aucune guérison définitive. Dans tous les cas de cette forme qui n'ont pas récidivé, la tumeur était petite.

Le plus grand nombre des cas de guérison appartenaient à la forme ulcérative, qui débute par la portion et pénètre ensuite dans la profondeur des tissus du col. Les carcinomes de la muqueuse présentent aussi un pronostic favorable, quelque soit leur degré d'avancement. En somme, sur 49 cas d'ablation partielle qui n'avaient pas eu de récidive au bout d'un an,

37	étaient encore sans	récidive au bout	de	2 ans.
25	—	—	de	3 ans.
11	—	—	de	4 ans.
6	—	—	de	5 ans,
4	—	—	de	6 ans.
2	—	—	de	7 ans.

et sur 20 ablations totales ayant passé la première année sans récidive,

7	étaient sans récidive au bout		de	2 ans.
4	—	—	de	3 ans.
1	—	—	de	3 ans 1/2

H. DE BRINON.

Traité de l'art des accouchements, par S. TARNIER et P. BUDIN (*T. II, in-8°, Paris,* 1887).

Le second volume de cet ouvrage traite de la pathologie de la grossesse. Tout ce qui n'est pas plus spécial à la pathologie générale qu'à la grossesse a été mis à dessein au second plan. Soixante-six figures intercalées dans le texte viennent ajouter à l'intelligence du sujet par leur exécution soignée. Chaque chapitre est précédé d'un alinéa bibliographique disposé par ordre chronologique, ce qui n'existait pas dans le premier fascicule.

L'ouvrage se compose de vingt-quatre chapitres. Après avoir étudié l'influence du traumatisme, des opérations, des tumeurs, des maladies générales et fébriles sur la grossesse, l'auteur donne une extension toute particulière aux maladies générales non fébriles.

La diathèse syphilitique est traitée avec tout le développement, quant au point de vue de sa transmission, de son influence sur l'avortement et l'accouchement prématuré ; puis sont passées en revue les altérations de l'œuf, les lésions spécifiques du fœtus, le traitement et la conduite à tenir au point de vue de la mère et de l'enfant.

Il nous faut citer le chapitre consacré aux vomissements incoercibles ; pour plus de clarté, l'affection est divisée par périodes.

Les maladies du poumon, du cœur et des veines n'ont pas été laissées dans l'ombre ; les auteurs ont insisté surtout sur la cause, la fréquence,

la pathogénie et la complication des varices des membres inférieurs, des organes génitaux, qui ont fait l'objet, on le sait, d'une thèse d'agrégation de Budin.

L'albuminurie, cette complication si fréquente, et si grave parfois, a été exposée sous toutes ses faces ; les auteurs ont établi les catégories suivantes : 1° albuminurie pendant la grossesse avec ses trois variétés gravidiques, et traumatisme par néphrite indépendante de la grossesse, avec sa pathogénie ; l'importance de son traitement, surtout du traitement lacté ; 2° albuminurie pendant l'accouchement ; 3° albuminurie préexistant à la grossesse ; 4° albuminurie des suites de couches.

La rétroversion s'offre avec tous les renseignements désirables ainsi que l'étude de l'hydramnios ; il faut citer ce qui a trait aux formes, à la marche de cette affection, dont l'exposé se termine par une longue discussion du diagnostic et du traitement.

La mort du fœtus est une terminaison fréquente de la grossesse dans nos maternités ; il était intéressant pour le lecteur d'avoir d'amples renseignements sur cette question, et il peut les avoir en parcourant cet article, à laquelle sont consacrés de longs développements sur la mort habituelle du fœtus, sur sa transformation anatomo-pathologique, sur les symptômes qui révèlent sa mort, sur la délivrance, les suites de couches et la conduite à tenir en pareil cas.

Aperçu de tératologie. — Ce chapitre constitue une innovation où nous ne pouvons mieux faire que citer les auteurs, qui n'ont voulu que ce double but : « vulgariser très sommairement une science qui est souvent par trop délaissée et attirer particulièrement l'attention sur quelques monstruosités, dont la connaissance est indispensable à ceux qui se livrent à la pratique des accouchements, et qu'il est difficile de classer quand on n'a pas un traité de tératologie sous la main.

L'avortement, et par ses conséquences, et par sa fréquence, tient lui aussi une des premières places dans la pathologie de la grossesse. Revisons rapidement ce que contient ce paragraphe. Tout d'abord un long exposé des causes. L'avortement tient-il à la mère (état général, appareil génital) ? Tient-il au père (diathèses, intoxications, fatigues) ? Tient-il à l'œuf ? Puis vient l'anatomie pathologique avec la description longue et minutieuse de l'état de l'œuf abortif aux différentes époques de la grossesse. N'ont pas été oubliées les modifications produites dans l'aspect de l'œuf par les épanchements de sang. Le paragraphe se termine par une discussion bien à l'ordre du jour, la discussion sur la conduite à tenir lors de la rétention du placenta dans l'utérus. Les auteurs, ennemis de la délivrance hâtive, ont défendu l'expectation poussée à la dernière limite. Ils recourent cependant aux injections intra-utérines antiseptiques fréquentes.

Le dernier chapitre dont nous ferons mention, s'occupe de la grossesse extra-utérine. L'article est traité à fond. En le lisant, on sera renseigné amplement sur les variétés de la grossesse extra-utérine, sur la disposition anatomique de l'œuf, sur les symptômes de cette grossesse à ses différentes périodes, ses complications, etc.

L'œuvre se tient d'un bout à l'autre, sans faiblesse, chaque chose étant traitée selon l'importance qu'elle comporte. Une lacune vient d'être comblée, car aucun traité d'obstétrique n'avait consacré jusqu'à présent au-

tant de place à la pathologie de la grossesse, et à la critique aussi autorisée des nombreux problèmes qu'elle soulève. LAVIE.

Ueber typische Schwangerschaftwehen (Des contractions typiques de la grossesse), par Friedrich SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 1).

On observe assez fréquemment, vers la fin de la grossesse, des contractions régulières de la matrice qui simulent un début de travail, et cessent complètement après une durée qui peut varier de 12 à 24 heures. L'auteur les a observées 5 fois sur 50 cas. L'époque où elles paraissent est assez régulièrement vers la troisième semaine qui précède l'accouchement. Parfois même elles se montrent deux ou trois fois avant la fin de la grossesse, mais toujours à un degré moins prononcé. L'auteur admet que les contractions de la matrice sont, comme celles du cœur, sous l'influence de deux centres : un centre modérateur et un centre excitateur. Le centre modérateur a une grande puissance : il explique l'irrégularité d'action des moyens excitateurs : quinine, ergot de seigle, pilocarpine, électricité. L'ergot de seigle, d'après l'auteur, agirait directement sur le centre excitateur, et non en paralysant l'action du centre modérateur. Les contractions typiques de la grossesse permettent de comprendre les résultats contradictoires des divers observateurs, relativement au segment inférieur. Les contractions peuvent déterminer l'effacement de la portion vaginale et du col tout entier, et le centre modérateur reprenant son action, la grossesse peut encore continuer jusqu'à son terme normal. H. DE BRINON.

Investigations cliniques relatives au souffle utérin après les couches, par ANDREIEW (*Arch. de tocologie*, 1886).

De l'examen de 58 femmes qui étaient accouchées, l'auteur tire les conclusions suivantes concernant le souffle utérin :

Le souffle utérin est constamment perçu après l'accouchement ; il siège de l'un ou de l'autre côté de la matrice, quelquefois des deux côtés. Il est faible et d'un ton sensiblement intermittent. Il est d'autant plus faible que la rétraction utérine est plus rapide et plus complète. On ne peut cependant pas affirmer que la faiblesse du souffle soit absolument proportionnelle à la rétraction de la matrice. Il n'existe pas de rapport entre son intensité et les différentes situations occupées par la matrice. Il ne paraît pas varier suivant les positions prises par les nouvelles accouchées. On peut le percevoir 57 et même jusqu'à 99 heures après l'accouchement. Son existence n'a pas une valeur absolue pour le diagnostic de l'accouchement ou de la grossesse. On sait bien qu'on peut le rencontrer dans les cas de tumeur de l'utérus entraînant un développement exagéré des vaisseaux de l'organe. PORAK.

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, par IMBERT (*Thèse de Paris*, 1887).

Contrairement à la théorie de Bandl, adoptée par beaucoup d'accoucheurs, l'auteur croit que l'effacement du col n'est pas un phénomène de grossesse, mais un phénomène du travail. C'est une illusion du toucher dé-

terminée par le rapprochement artificiel de l'orifice externe de l'orifice interne qui fait croire qu'il est raccourci pendant la grossesse. La mensuration clinique et, d'une façon plus démonstrative, les examens anatomiques démontrent que le col ne participe en rien à la constitution du segment inférieur. Celui-ci est entièrement développé au dépens de l'utérus. Le repli du péritoine au niveau de l'orifice interne en avant, le caractère distinctif de la muqueuse cervicale et de la caduque, les différences de texture du parenchyme utérin au corps et au col permettent d'affirmer le fait. PORAK.

Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide, par PINARD et VARNIER (*Ann. de gyn. et d'obst., novembre* 1886, *février-mai* 1887).

Contrairement à l'opinion d'Amussat, défendue par Bernutz et reproduite par un très grand nombre d'auteurs, les adhérences utéro-rectales ou utéro-pelviennes sont rarement la cause de la rétroversion de l'utérus gravide et de son irréductibilité. La fréquence de ces adhérences a été exagérée. Sur les six observations publiées par les auteurs, deux seulement paraissent concluantes. Les adhérences, lorsqu'elles existent, présentent, pendant la grossesse, des modifications qui leur permettent de devenir extensibles.

Les adhérences anciennes vésico-intestinales ou vésico-intestino-pelviennes, toutes celles qui peuvent clôturer l'axe du détroit supérieur peuvent produire la rétroversion et l'enclavement de l'utérus gravide. Les modifications imprimées par la grossesse à tous les tissus qui sont en rapport de continuité avec l'utérus, retentissent trop peu sur ces adhérences extra-utérines pour produire leur extensibilité. Les auteurs en publient cinq observations avec autopsie, dont une personnelle et inédite.

On a cité, en France, peu d'observations de cystite consécutive à la rétroversion de l'utérus gravide. Les Allemands, qui se sont surtout occupés de cette complication, ont considéré la lésion comme étant tantôt croupale, tantôt diphtéritique. En réalité, la cystite est gangréneuse et l'examen des membranes expulsées démontre qu'elles contiennent de la muqueuse, le muscle et même le péritoine de la vessie, puisque la lésion peut s'accompagner de perforation. L'utérus rétrofléchi comprime les artères qui se rendent à la vessie et la cystite prend alors le caractère gangréneux que nous avons signalé.

Le traitement prophylactique de la cystite consiste dans le traitement de la rétroversion : réduction, avortement et dans ces derniers temps on a proposé la laparotomie. Le traitement curatif de la cystite consiste dans les injections vésicales, mais, si malgré l'emploi de lavages antiseptiques abondants, l'urine restait trouble et fétide, il faudrait, dès qu'on est convaincu de la présence d'une fausse membrane vésicale, l'enlever. On peut y arriver par le toucher vésical après la dilatation de l'urètre et même, si ce moyen n'est pas suffisant, on ne devrait pas hésiter à pratiquer la taille vésicale. PORAK.

Endometritis in der Schwangerschaft (De l'endométrite pendant la grossesse), par J. VEIT (*Berlin. klin. Woch., n°* 35, *p.* 641, 29 *août* 1887).

D'après Veit, l'avortement répété, habituel, dans les premiers mois

de la grossesse, reconnaît comme cause très fréquente, une endométrite préexistante mais que la grossesse a aggravée. Veit appuie son dire sur l'examen des œufs abortifs qui présentent, en cas d'avortement spontané, des lésions constantes de la caduque et de la sérotine.

La caduque offre des altérations variables : épaississement, trouble diffus, taches jaunes, productions polypiformes. La sérotine présente des lésions identiques, à part l'absence de polypes et l'existence de taches blanchâtres au lieu de taches jaunâtres. Tantôt l'affection occupe toute la caduque, tantôt elle est localisée à certains points.

Au microscope, les altérations des deux membranes ne diffèrent pas non plus essentiellement. Entre les cellules de la caduque, s'aperçoit une infiltration de petites cellules rondes, toujours limitée en certains endroits et paraissant correspondre souvent au trajet des lymphatiques. Dans une seconde forme, les éléments glandulaires, au lieu d'avoir subi une régression, participent à l'affection, de sorte qu'on trouve aussi entre les glandes une infiltration considérable de petites cellules.

On peut objecter que ces lésions, au lieu d'être la cause, ne sont que la conséquence de la mort du fœtus. A cela Veit répond qu'elles font défaut dans les cas d'avortement criminel, ainsi que dans ceux dus à une haute température du corps de la mère. D'autre part, Veit reconnaît que l'endométrite n'est pas toujours une cause d'avortement, mais, selon lui, elle est fréquemment la cause des insertions vicieuses du placenta.

L'existence dans les commémoratifs de dysménorrée ou de ménorragies est parfois l'indice d'une endométrite antérieure à la grossesse. Quant aux symptômes qui précèdent l'avortement, ce sont des hémorragies sans cause appréciable, des douleurs utérines qui les devancent, les suivent ou les remplacent. Après l'avortement, on note des métrorragies prolongées ou une rétention totale ou partielle du placenta. L'utérus est souvent rétracté et dur, ou bien tendu ou encore induré et douloureux par places.

Parfois l'endométrite est elle-même d'origine syphilitique.

Comme suites de l'endométrite interstitielle chronique des femmes enceintes, Veit signale l'hydrorrée et l'enclavement de l'utérus antéfléchi qui n'est pas un étranglement véritable mais seulement le résultat de spasmes utérins. Les vomissements incoercibles, ainsi qu'Ebell l'a déjà remarqué, sont aussi quelquefois occasionnés par l'endométrite.

Quant au traitement de l'endométrite après l'avortement, on aura, suivant les cas, recours aux bains, au fer, au seigle ergoté, à l'hydrastis, aux lavages désinfectants de l'utérus ou au raclage. Veit a guéri ainsi 6 femmes qui avaient eu déjà de 3 à 5 avortements ; 2 d'entre elles, suspectes de syphilis, ont reçu en outre de l'iodure de potassium. J. B.

On the development of mammary functions by the Skin of lying in women (La fonction mammaire de la peau pendant la grossesse), par Francis CHAMPNEYS (*Medico-chir. Trans.*, *LI*, *p.* 419).

L'auteur, après avoir passé en revue les faits connus de mamelles et de mamelons supplémentaires, décrit certains amas glandulaires contenus dans la peau de l'aisselle, confondus souvent avec de l'hydrosadénite, et qu'il considère comme des rudiments de mamelle. Sur 377 femmes enceintes et nourrices, il a constaté 29 fois cette particularité. Les petits

corps en question varient du volume d'une noisette à celui d'une noix, ils sont adhérents à la peau de la région pileuse de l'aisselle et font corps avec elle : ils ne possèdent point de mamelon. Leur présence est d'ordinaire signalée le 3e ou 4e jour après l'accouchement, au moment de la montée du lait ; ils deviennent parfois tendus et douloureux vers cette époque, et suivent les oscillations générales des mamelles dans leur volume et leur degré de réplétion. Leur sécrétion est nulle dans près de la moitié des cas : elle ne se produit jamais que par pression, et consiste alors en débris granuleux comme le sébum, en colostrum et en lait.

Il semble, d'après la description de Champneys, qu'une partie de la pathologie des glandes sudoripares de l'aisselle (hydrosadénite de Verneuil) serait applicable à ces glandes. L'interprétation qu'il donne de ces faits en les considérant comme des mamelles rudimentaires, est donc tout à fait personnelle. H. R.

Note sur un cas de thrombus du vagin pendant la grossesse, par BUDIN (*Union médicale*, 23 *juin* 1887).

B..., primipare, âgée de 24 ans, est enceinte de sept mois et demi, et sa grossesse n'a eu jusqu'à présent rien de particulier. Le 23 mai, elle éprouve quelques douleurs dans les reins, et se sent subitement mouillée par une eau roussâtre, puis rouge, et sent une petite tumeur à l'orifice vulvaire ; le lendemain, on constate l'existence à la vulve d'une tumeur arrondie, noirâtre, pâteuse, de la grosseur d'un œuf de poule ; on peut la refouler dans le vagin ; on constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal ; l'insertion commence en bas à 2 centimètres en arrière de l'orifice, et se continue jusqu'à 3 centimètres de l'utérus. Il y a donc une extrémité hémisphérique en bas, rattachée par un véritable pédicule longitudinal. La tumeur diminue peu à peu de volume, puis donne issue à une substance noirâtre granuleuse ; au bout de 8 jours, il ne restait plus qu'un pédicule induré. H. L.

Contributo allo studio della tromba di Fallopio durante la gravidanza, par A. CUZZI (*Il Morgagni*, *juin* 1887).

L'auteur a examiné les trompes de deux utérus enlevés à la fin de la grossesse par l'opération de Porro. Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, il n'a trouvé au microscope aucune modification digne d'être notée, ni dans la tunique musculaire, qui a conservé son épaisseur normale, ni dans la tunique muqueuse, dont l'épithélium n'a pas perdu ses cils vibratiles. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Operationen am schwangeren Uterus (Statistique d'opérations pratiquées durant la grossesse), par HOFMEIER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 402, 30 *mai* 1887).

Hofmeier rend compte de 15 opérations pratiquées à la clinique gynécologique de Berlin sur des utérus gravides. Dans 7 cas de grossesse compliquée de cancer, on a fait 5 amputations sus-vaginales au début de la grossesse et 2 extirpations totales de l'utérus ; six fois on a enlevé des fibromes et enfin on a pratiqué 2 ablations utérines après opération césarienne. De ces 15 opérées, deux ont succombé, l'une à la suite d'une amputation sus-vaginale, l'autre à la suite d'une extirpation totale de l'utérus. Quatre des amputations sus-vaginales ont donné lieu à l'avortement et ont été suivies de récidive. A quelque période de la grossesse qu'on

les ait faites, ces opérations ont été faciles. La portion supérieure du col et la portion inférieure de l'utérus se laissaient aisément atteindre, la suture du tissu utérin était plus commode et les artères utérines étaient très faciles à distinguer. Après application du tube constricteur, la plaie de l'utérus était fermée par des sutures étagées et le péritoine étalé par-dessus, avec une suture soigneuse au catgut. Le pédicule était abandonné dans la cavité abdominale. L'hémorragie a toujours été insignifiante après l'ablation du tube constricteur.

Dans la discussion, Thieme déclare s'être également convaincu de l'absence de difficulté de ces opérations, en enlevant un utérus carcinomateux dans la 10e semaine de la grossesse. Depuis 2 ans qu'elle est opérée, cette femme se porte parfaitement. Comme les cancers opérés pendant la grossesse sont très sujets à récidive et que l'amputation du col entraîne presque toujours l'avortement, Thieme estime que la seule opération convenable est l'ablation totale de l'utérus. J. B.

Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenue en dehors du travail, par MAYGRIER (*Progrès médical*, 11 *juin* 1887).

I. — G..., âgée de 24 ans, secondipare, enceinte de huit mois, perdait de l'eau depuis deux mois; elle s'aperçoit, en faisant un effort pour aller à la garde-robe, de l'issue brusque hors de la vulve d'une tige molle, arrondie, en forme d'anse; deux heures après, à l'hôpital, on constata la procidence d'une anse longue de 20 centimètres, flasque, et ne présentant aucun battement; on ne perçoit ni les mouvements ni les bruits du cœur du fœtus; l'enfant remuait peu avant l'accident. Le toucher vaginal montre que l'orifice externe du col utérin est resserré sur la tige ombilicale; le lendemain, le travail s'accuse et la femme accouche d'un enfant mort-né pesant 2 kil. 730. Le cordon mesurait 95 centimètres. Les suites de couches furent bonnes.

II. — L..., âgée de 38 ans, a eu sept enfants avant terme, six à terme; elle perd du sang et beaucoup d'eau depuis quelques jours, mais ignore la date de ses dernières règles.—A l'examen, on trouve que le ventre a le développement d'une grossesse de sept mois; l'enfant remue bien, le col est long, fermé. La femme continue à perdre du liquide amniotique; trois jours après, en allant à la garde-robe, elle sent un corps mou sortir par le vagin; c'était une anse longue de 10 centimètres, animée de battements. Le col, encore long, ne permet pas l'introduction du doigt, et on ne peut réduire le cordon; au bout d'une demi-heure, les battements se ralentissent, puis cessent. Quinze heures après, la femme accouche d'un enfant mort-né, pesant 1,385 grammes. Le cordon avait une longueur normale. H. L.

Note on one of the causes of difficulty in turning... (Notes sur une difficulté de la version dans les présentations transversales et sur l'amputation du bras procident), par G.-Ernest HERMAN (*Transactions of the obstetrical society of London*, *XXVIII*, *p.* 250).

Dans certains cas de présentation transversale avec procidence du bras, l'auteur s'est trouvé arrêté au moment de la rotation par la constriction exercée sur la racine du membre par l'orifice interne. Dans ces cas, on arrive généralement sans peine à saisir le pied et à l'attirer au dehors, mais, lorsqu'on veut faire exécuter la rotation, on se trouve arrêté par une telle résistance, que bon nombre d'accoucheurs ont conseillé d'amputer le bras procident. Le fait de la constriction exercée sur le membre fœtal par l'orifice interne a été constaté par l'auteur dans un

certain nombre de cas : quant au moyen d'y remédier, il consiste non à pousser le bras en haut comme on l'a conseillé, mais à porter directement la main sur l'épaule et à la repousser en haut pendant que l'autre main exerce une traction sur le pied fixé par un lacet. Grâce à ce moyen, on pourrait presque toujours éviter l'amputation du bras.

Galabin dit avoir observé fréquemment la constriction du cou par l'orifice interne contracturé, et s'opposant à la descente de la tête ; mais il n'a pas observé la constriction de l'épaule dont parle Herman, et ne la croit pas possible. Quant à l'amputation du bras, il ne l'a jamais trouvée nécessaire; une condition essentielle de succès dans le mouvement de rotation est de faire les deux manœuvres de traction sur le pied et de pression sur le bras successivement et non simultanément.

H. DE BRINON.

Étude sur la palpation de l'épaule, par RIVIÈRE (*Ann. de gyn. et d'obst., octobre* 1886).

La palpation de l'épaule est possible, quoique difficile. Cette partie du fœtus se trouve du côté de l'occiput du fœtus. La détermination de sa position peut donc servir au diagnostic de la position.

Sa recherche est nécessaire pour déterminer la position lorsque la saillie frontale ne peut pas être fixée, lorsque la tête n'est pas engagée, lorsqu'elle l'est trop, ou lorsqu'elle n'est pas bien fléchie, comme dans les cas où la tête est petite. La saillie de l'épaule est plus facile à constater que la saillie frontale dans le cas où la paroi abdominale est surchargée de graisse, ou lorsque la palpation est douloureuse. Lorsque la tête n'est pas engagée et que l'utérus est très oblique à droite, il se peut que l'épaule, dans les positions O. I. C. A., soit près de la ligne médiane, la dépassant un peu même, vers la droite. Lorsque le diamètre occipito-frontal occupe un des diamètres obliques du bassin, il semblerait que les épaules ayant une direction perpendiculaire au diamètre occipito-frontal, l'épaule accessible se trouve suivant le diamètre oblique de l'autre côté et que, par conséquent, l'épaule se trouve du côté opposé à celui occupé par l'occiput. Cela n'est cependant pas exact, parce que la direction du diamètre bi-acromial ne se superpose pas au diamètre oblique, mais lui est parallèle et beaucoup plus rapprochée de la partie postérieure de la tête que de sa partie antérieure. Le signe de l'épaule peut encore servir au diagnostic de la variété de la position. On le constate près de la ligne médiane dans les variétés antérieures, à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane dans les variétés postérieures. PORAK.

De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain, par PINARD (*Ann. de gynécologie, mars et mai* 1886).

Le calcul de la distance de la rupture des membranes au bord du placenta permet d'établir quelle était à peu près la situation de l'insertion placentaire. Le placenta s'insère le plus souvent sur le segment moyen, moins fréquemment sur le segment inférieur que sur le segment supérieur. Et cependant, sur 1,349 accouchements, 392 fois le placenta était inséré sur le segment inférieur au point que la rupture des membranes était distante de 0 à 10 centimètres du bord du placenta. Celui-ci est inséré sur le segment inférieur beaucoup plus souvent chez les

multipares (259 fois) que chez les primipares (133 fois). L'insertion du placenta de 0 à 10 centimètres de l'orifice interne du col prédispose, d'une façon notable, à la rupture prématurée des membranes (147 fois sur 392), à l'accouchement prématuré (167 fois sur 392), aux présentations anormales, surtout à la présentation du siège. Lorsque le segment inférieur de l'utérus s'assouplit à la fin de la grossesse et que le col tend à s'effacer, les membranes, en se décollant, tiraillent sur le placenta inséré près de l'orifice interne ; d'où la tendance au décollement du placenta, à l'hémorragie, ou à la rupture prématurée des membranes. La rupture des membranes est d'ailleurs toujours une circonstance favorable qui garantit contre le décollement du placenta et met à l'abri de l'hémorragie. Il est d'ailleurs difficile d'expliquer pourquoi, dans certains cas, la rupture des membranes est tempestive quoique le placenta soit inséré près du col. PORAK.

Des placentas multiples dans les grossesses simples, par RIBEMONT-DESSAIGNES (*Ann. de gyn. et d'obst., janvier* 1887).

Sur 670 accouchements faits en 3 ans à la Maternité, on a trouvé 19 fois des placentas présentant un ou plusieurs lobes accessoires. Les 19 observations de ces cas sont rapportées en détail avec le dessin indiquant les particularités présentées par chacun des placentas. Tantôt ils sont égaux, discoïdaux, mais ordinairement l'un des placentas est plus petit; on le dit alors accessoire ; ils peuvent être même très petits et présenter toutes les dimensions intermédiaires. Il arrive souvent que le cordon s'insère sur les membranes, ou que, pour le moins, quelques gros vaisseaux présentent librement leur trajet sur les membranes avant d'atteindre le placenta où ils doivent se distribuer. Au point de vue clinique, ces anomalies ont un grand intérêt, car un de ces placentas accessoires pourrait être retenu dans l'utérus sans qu'on s'en doutât. Le diagnostic peut cependant être fait grâce à la constatation de la présence d'un ou de plusieurs gros vaisseaux courant sur les membranes. Enfin, dans un certain nombre de cas, le placenta accessoire était inséré vicieusement; il était prœvia. PORAK.

Étude sur l'histologie pathologique du placenta abortif, par ZINOWIEFF (*Thèse de Paris*, 1887, *et Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., mai, juin, juillet* 1887).

L'auteur décrit très rapidement les lésions du placenta abortif signalé par les auteurs sous les noms de dégénérescence graisseuse, granuleuse, d'oblitération des villosités, etc. Il insiste spécialement sur l'atrophie simple des éléments cellulaires du placenta et sur les infiltrations muqueuses des cellules déciduales et des villosités, qu'il pense avoir le premier décrites. A propos de la môle vésiculaire, il admet la théorie de Robin qui considère cette lésion comme une hydropisie des villosités. Il rejette la théorie admise par Virchow qui la considérait comme un myxome. Dans le premier cas, la distension œdémateuse de la villosité est un phénomène passif, dans le second cas, la dégénérescence implique une vitalité spéciale des éléments. Or, l'idée qui domine dans les descriptions de l'auteur est que le placenta fœtal est absolument dépourvu de toute vitalité dès que l'embryon est expulsé. Cela est vrai aussi bien pour le placenta abortif retenu que pour les môle

vésiculaires. Au début des lésions molaires, il existe bien une dégénérescence muqueuse des éléments, mais elle est de courte durée. PORAK.

A case of incomplete abortion in twin pregnancy (Avortement incomplet dans un cas de grossesse gémellaire), par P. Stanley WARREN (*American journal of obstetrics, mai* 1887).

L'auteur assistait une femme de 35 ans, à sa huitième couche ; il arriva au moment de l'expulsion du placenta qui eut lieu en masse, et constata que le délivre, parfaitement normal, est accolé par une bride fibreuse à un corps aplati, présentant l'aspect d'un placenta dégénéré. Il apprend que la femme a eu, au troisième mois de sa grossesse, une perte très abondante qui s'est prolongée pendant près d'un mois. L'examen microscopique du placenta atrophié n'a pas été fait, mais les circonstances cliniques tendent à établir qu'il s'agissait bien là d'une grossesse gémellaire ; que l'un des jumeaux avait été expulsé vers la fin du troisième mois ; mais que son placenta était resté dans l'utérus et que la grossesse avait continué jusqu'à son terme normal. C. DE BRINON.

Énorme dilatation du vagin et état tétanique des parois vaginales et du col utérin pendant l'avortement au troisième mois de la grossesse, par DUMAS (de Ledignan) (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 32, 1887).

Femme de 35 ans, multipare, pas d'avortements antérieurs, hémorragie abondante au troisième mois de la grossesse. On pratique le toucher, l'index pénètre dans une cavité vaginale, sphérique, dont on ne sent les parois tendues qu'en abaissant l'utérus, dont le col est dur, résistant. L'avortement se termine, et, quelques jours après, le toucher fait sentir un vagin normal.

Femme de 28 ans, multipare, ayant eu un avortement antérieur, présente le même phénomène, ainsi qu'une malade de Casimir Luszczkiewicz (de Nîmes). La contracture de la tunique musculaire du vagin effaçait le canal.

La structure musculaire des plicatures utéro-vaginales permet d'admettre la contracture de tous ces ligaments de suspension et de fixité ; grâce au tiraillement produit par l'utérus gravide, s'élevant vers l'abdomen, cette contracture se manifeste. Il y a lutte entre ces fibres et celles de l'utérus et du vagin ; si les premières l'emportent, il y a avortement et hémorragie ; si les secondes l'emportent, il y a continuation de la grossesse. A. DUCAMP.

Ueber künstliche Frühgeburt bei engem Becken (Provocation de l'accouchement prématuré en cas de rétrécissement du bassin), par DOHRN (*Berlin. klin. Woch., n°* 35, *p.* 659, 29 *août* 1887).

Dohrn a pratiqué 66 fois l'accouchement prématuré pour rétrécissement du bassin, dont 52 fois chez des femmes qui avaient mené leurs grossesses antérieures à terme. Ces 52 femmes avaient eu ensemble 84 accouchements avec seulement 13 enfants vivants, soit une proportion de 15 pour cent. Or, les 52 accouchements prématurés, auxquels Dohrn les a soumises, ont fourni 37 enfants vivants, soit une proportion de 71 pour cent.

D'après les résultats de leurs accouchements antérieurs, si on avait laissé la grossesse de ces femmes arriver à son terme normal, on n'aurait pu compter que sur 7 ou 8 enfants vivants. J. B.

De l'action de l'eau chaude en injection sur l'utérus pendant la grossesse et le travail de l'accouchement, par GAUVRY (*Thèse de Paris*, 1887).

L'eau chaude à une température de 48° à 50° a une action manifeste sur la contractilité utérine. Mais dans l'emploi d'injections d'eau chaude, il faut séparer l'action thermique de l'eau de l'action traumatique du jet du liquide. Le pouvoir excitant de la contractilité utérine est faible et ce n'est pas à lui seul qu'on doit attribuer la provocation de l'accouchement prématuré ou de l'avortement, par le procédé de Kiwish. L'action traumatique de la pression du liquide est dans ce cas bien autrement puissante. Il n'en est pas de même au moment de l'accouchement. L'emploi de l'eau chaude, s'écoulant doucement dans la cavité utérine, rend les contractions utérines non pas plus fréquentes, mais plus fortes et plus longues. Il en résulte une diminution manifeste dans la durée de la période de dilatation du col et de la période d'expulsion du fœtus pendant le travail. C'est un procédé dépourvu de tout danger, lorsqu'on a soin de ne pas injecter d'air et d'employer des injecteurs à projection peu puissante. PORAK.

Der Bau der Eihäute bei Graviditas abdominalis (Structure des enveloppes de l'œuf dans la grossesse abdominale), par A. WALKER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVIII*, *Heft* 1, *p.* 72).

L'auteur donne les résultats de l'examen qu'il a fait de deux cas de grossesse abdominale. Dans le premier cas, l'œuf s'était développé au fond de l'excavation recto-utérine; dans le second il reposait sur la face postérieure du ligament large du côté droit, l'ovaire ne put être retrouvé; cependant, comme les parois de l'œuf ne contenaient pas de fibres musculaires libres, Walker ne peut croire que l'œuf se soit développé sur l'ovaire même et à ses dépens. Les modifications les plus importantes portent dans les deux cas sur la structure de la séreuse. Il se produit à sa surface des cellules dont la forme et le volume ressemblent tout à fait à celles de la caduque. Dans le premier cas, cette modification se montrait sur toute la partie du petit bassin contiguë à l'œuf. Dans le second, elle était surtout marquée à la partie postérieure de la séreuse vésicale et sur une partie de la face antérieure du ligament large. Ces cellules dérivent vraisemblablement des cellules conjonctives comme d'ailleurs les cellules endothéliales du péritoine. L'endothélium des vaisseaux est augmenté de volume. Les enveloppes maternelles sont constituées par des membranes de nature conjonctive. Elles sont plus épaisses et très vauculaires au niveau du placenta. — Dans le second cas, le placenta s'était développé au point où l'œuf était en contact le plus intime avec la séreuse. Dans le premier il se trouvait sur la droite de l'œuf. — Les enveloppes fœtales présentaient peu d'anomalies. P. GALLOIS.

Les enfants nés avant terme. La couveuse et le gavage à la maternité de Paris, par BERTHOD (*Thèse de Paris*, 1887).

La couveuse et le gavage des enfants ont été l'objet de communications de Tarnier (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 587). Cette thèse ne se borne pas à leur description, elle constitue une réponse aux objections qui ont été adressées et s'appuie sur des statistiques importantes.

Le premier chapitre est une étude intéressante de la physiologie de l'enfant né avant terme. L'auteur insiste sur l'hypothermie et la difficulté de l'alimentation spontanée chez ces enfants.

Les 600 enfants traités par la couveuse ont donné les résultats suivants : Les enfants nés au 6e mois de la grossesse ont donné 30 0/0 de survie ; ceux de 6 mois 1/2,53 0/0 ; ceux de 7 mois, 63,7 0/0 ; ceux de 7 mois 1/2, 78,7 0/0 ; ceux de 8 mois, 85,9 0/0 ; ceux de 8 mois 1/2, 91,6 0/0.

Le gavage a été employé seul ou combiné avec l'emploi de la couveuse. L'auteur fournit la statistique de 152 observations d'enfants gavés qui ont donné une survie de 63,2 0/0. PORAK.

On mercurialism in lying-in women undergoing sublimate irrigation, par William-Badfort DAKIN (*Transactions of the obstetrical society of London, vol. XXVII, 4e partie*).

Sur 170 femmes traitées pendant une partie de l'année courante au General Lying-in Hospital, on a enregistré 14 cas d'empoisonnement par le mercure, dont un mortel. C'était le douzième cas de mort connu de l'auteur au moment de sa communication.

Les solutions employées en lavages vaginaux pendant l'accouchement et les deux premiers jours qui suivent sont au 1/2000 ; à partir du troisième jour, elles sont à 1/4000 jusqu'à la sortie des malades. Après chaque injection, la femme est invitée à se mettre dans la position genu-brachiale pour favoriser l'écoulement des liquides restés dans le vagin. Les symptômes n'ont jamais débuté avant le quatrième jour et après le septième ; ce sont la diarrhée (tous les cas sauf un), les vomissements (5 cas) ; l'aspect de la langue, caractérisé par des plaques rouges et blanches, la soif et la perte de l'appétit, la fétidité de l'haleine, la salivation (1 cas) ; la sensibilité de la langue et des gencives, l'ébranlement des dents (2 cas) ; le liséré rouge gingival (pas de liséré bleu), un léger eczéma (1 cas), l'albuminurie (11 fois). Le mercure se trouve dans l'urine, toutes les fois que les douches ont été employées, ne fût-ce qu'une fois. Le cas de mort observé par l'auteur est dû au défaut d'élimination de l'opium administré comme contre-poison ; dans les cas de Stadfeldt, Vöhz et de Thorn, les phénomènes qui ont précédé la mort semblaient aussi se rattacher à l'intoxication opiacée ; aussi l'auteur rejette-t-il absolument l'opium du traitement des intoxications mercurielles, se contentant du bismuth, qui, dans la plupart des cas, a suffi. On a remarqué que les cas d'intoxication ont coïncidé avec des vents est, sud-ouest, et qu'aucun cas ne s'est produit avec les vents nord et nord-est. Boxall fait remarquer que le cas de mort observé par Dakin ne tient pas à la nature de l'agent antiseptique, mais au choc produit par sa pénétration dans l'abdomen. Des faits semblables ont été observés avec l'acide carbonique. Duncan est d'avis de limiter l'emploi du sublimé à certains cas déterminés. Gr. Newitt croit que le sublimé est justifié à l'hôpital, mais que, dans la pratique civile où les dangers d'infection sont moins grands, on peut se contenter de désinfectants moins énergiques. H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber das Verhalten des fötalen Blutes im Momente des Geburt (Etat du sang fœtal au moment de la naissance), par Friedrich KRUEGER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVI*, *Heft* 1, *p.* 1).

Becquerel et Rodier admettaient que la proportion des principes fixes du sang était plus élevée chez le fœtus que chez la mère; mais Krüger trouve une augmentation peu notable. La quantité de fibrine est moindre chez le fœtus que chez la mère, ce qui concorde avec les recherches antérieures. La proportion d'hémoglobine augmentant parallèlement au développement du fœtus se trouve, au moment de la naissance, sensiblement égale à celle que contient le sang de la mère; elle est cependant à ce moment moindre qu'elle ne le sera quelques jours après la naissance. Ni le sexe ni le poids de l'enfant ne paraissent avoir d'influence sur la composition du sang. On admet que la coagulation du sang fœtal est incomplète. Voici ce qui se passe d'après Krüger : la coagulation est très lente, elle commence de très bonne heure mais dure longtemps. L'auteur, qui est un élève d'Al. Schmidt, admet que la coagulation se fait sous l'influence des globules blancs. Ceux-ci sécrètent le ferment qui détermine la formation de la fibrine aux dépens de la paraglobuline et de la métaglobuline. Chez le fœtus, il suppose que les globules blancs, aussi nombreux que chez l'adulte, sécrètent relativement moins de fibrine.

P. GALLOIS

Zur Hämatologie der Neugeborenen (Contribution à l'hématologie des nouveau-nés), par SILBERMANN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *Band XXVI*, *Heft* 2, *p.* 252).

Les globules rouges du sang des nouveau-nés présentent une grande diversité de formes ; quelques-uns offrent l'aspect d'anneaux pâles, dépourvus d'hémoglobine.

Leur sang est plus riche en ferment de la fibrine que celui des adultes.

C'est par la mise en liberté de l'hémoglobine et son passage dans le plasma que le sang conserve ces propriétés.

Le sang des nouveau-nés est prédisposé aux maladies à cause de sa richesse en ferment de fibrine.

Tous les processus morbides, qui exigent une déperdition considérable de l'albumine de circulation, portent grand préjudice aux nouveau-nés.

BARBE.

De quelques accidents de croissance, par PETIT (*Thèse de Paris*, 1887).

La croissance peut être signalée par un certain nombre d'accidents qui se montrent le plus souvent entre 11 et 13 ans, et qui consistent principalement en douleurs juxta-épiphysaires, céphalées, suivies d'accroissement de la taille, accompagnées ou non de fièvre, d'épistaxis, d'hyper-

trophie cardiaque sans lésion d'orifice. Ces accidents se présentent plus souvent sous deux types bien distincts : un type fébrile douloureux, et un type apyrétique douloureux où la céphalée est le symptôme dominant. Dans le type fébrile, la fièvre peut présenter la forme aiguë rapide, la forme aiguë prolongée qui simule quelquefois la fièvre typhoïde, la forme traînante; enfin la fièvre peut revêtir le type intermittent.

Les douleurs juxta-épiphysaires siègent surtout au-dessus du genou, au niveau du col du fémur, au-dessous de la tête humérale, au-dessus des condyles de l'humérus. On peut observer la production d'exostoses.

On peut confondre la fièvre de croissance avec le rhumatisme, la syphilis, la fièvre typhoïde, la méningite tuberculeuse, les fièvres éruptives à leur début, la chlorose fébrile; la céphalée de croissance avec la migraine.

La convalescence est toujours très longue.

Le pronostic doit être réservé surtout au point de vue de l'ostéo-myélite. Dans la céphalée, on emploiera le bromure de potassium et l'hydrothérapie.

Contre les douleurs, on prescrira le repos au lit et les liniments calmants. Une alimentation substantielle sera de rigueur. BARBE.

Die normale Milchverdauung des Säuglings (La digestion normale du lait chez le nourrisson), par ESCHERICH (*Jahrbuch für Kinderheilk., Band XXVII, Heft* 1 *et* 2).

Le lait, à son entrée dans l'estomac, se coagule ; la digestion de matières albuminoïdes commence à s'effectuer et les principes dissous y sont en partie résorbés.

De l'estomac, où il y a fait un court séjour, le lait passe dans l'intestin grêle par petites portions; c'est là que s'opère surtout la digestion : la résorption totale du sucre, de l'albumine et de la majeure partie de la matière grasse. Les déjections de l'enfant ne sont donc formées presque exclusivement que par les sécrétions intestinales. La résorption de l'albumine du lait de la femme est complète et peut s'effectuer ainsi sans transformation préalable de la caséine en peptone.

Si l'on compare le lait de vache au lait de femme et qu'on en étudie les effets chez l'enfant, on voit que le premier est trop nourrissant; la différence de composition, de digestibilité des matières albuminoïdes, de réaction, la coagulation des caillots épais sont autant de causes de changement dans les propriétés du lait de vache.

Par suite de la surcharge de l'intestin grêle, il survient des troubles digestifs chroniques qui prédisposent à des maladies aiguës, à la production de bactéries et à des fermentations avec formation de produits ammoniacaux dans l'intestin.

Enfin le lait de vache subit, dès le moment de la traite, une décomposition due à des bactéries qui, par leur présence dans l'intestin ou par les produits qu'ils fournissent, peuvent occasionner des troubles digestifs plus ou moins sérieux. BARBE.

Pachyméningite cervicale externe hémorragique, par GRANCHER (*Bulletin méd.*, 5 *juin* 1887).

Fillette de 13 ans, sans antécédents notables. Surdité par otite purulente,

ayant amené la sclérose avec perforation des 2 tympans. Paralysie complète du diaphragme. Paralysie incomplète des membres supérieurs et peut-être des membres inférieurs, des muscles lombaires et abdominaux. Pas de troubles de la sensibilité. Voix altérée. Déglutition facile. Température normale. Mort presque subite dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, on trouva une pachyméningite cervicale externe hémorragique, limitée au segment postérieur de la moelle. Pas de lésions du phrénique, du pneumogastrique, du diaphragme, ni d'aucun viscère. A. C.

Case of ophthalmoplegia externa acuta (Ophtalmoplégie externe due sans doute à une lésion tuberculeuse du pont de Varole; guérison), par George-A. BERRY et Byrom BRAMWELL (*Edinb. med. Journ., p.* 817, *mars* 1887).

Une petite fille de cinq ans, jusque-là bien portante, est prise, après une attaque de catarrhe intestinal, d'une paralysie du moteur oculaire commun des deux côtés, sans trouble de l'accommodation, qui survient brusquement pendant la nuit. Absence des réflexes rotuliens. Ces phénomènes disparurent au bout de six à sept mois. On avait administré de l'iodure de potassium.

Les auteurs pensent qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse, siègeant au niveau du pont de Varole, sur le plancher de l'aqueduc de Sylvius et intéressant des deux côtés les noyaux d'origine des moteurs oculaires communs. L'absence de toute espèce de trouble de l'accommodation et des mouvements pupillaires démontre en effet que les troncs des nerfs n'étaient pas intéressés ; il ne pouvait s'agir que de leurs noyaux d'origine. A. MATHIEU.

Hydrocephalus responding to surgical treatment, par R.-T. MORRIS (*New York med. Journ. p.* 319, 19 *mars* 1887).

Petite fille de 10 mois, atteinte d'hydrocéphalie avec résolution des membres. Les parents racontent que la tête ne s'est déformée qu'à l'âge de 6 mois, à la suite de convulsions.

Supposant qu'il n'y a pas d'hydropisie des ventricules cérébraux et que, par conséquent, la cure est possible, l'auteur ponctionne la fontanelle antérieure (le 15 juin 1885) et retire deux onces de liquide clair, non albumineux. Immédiatement l'enfant sourit et remue les jambes. Nouvelle ponction de trois onces la semaine suivante. Huit jours plus tard, injection d'environ 2 grammes de liquide iodique de Morton. Même injection à la fin de la 4e semaine ; injection de 4 grammes à la fin de la 5e semaine.

Au bout de huit jours, une injection de 3 grammes détermine des signes de méningite pendant deux semaines. A la suite de ces incidents, la tête diminue de volume, la paralysie disparaît ; santé excellente.

A l'âge de 17 mois, convulsion et mort soudaine. L. GALLIARD.

Ueber die Entstehung der Gelenskskontrakturen nach spinaler Kinderlähmung (Sur la production des déviations articulaires après paralysie infantile), par LORENZ (*Wiener med. Wochenschrift, n°* 27, 1887).

Lorenz soutient qu'il peut survenir dans la continuité d'os atteints de rachitisme, et particulièremeut au niveau des jointures, des déviations analogues aux déviations des os rachitiques qui sont produites par le poids du corps ; ces déviations seraient dues à la perte de l'équilibre musculaire qui surviendrait dans des cas de paralysie infantile. L'influence du poids du corps ne peut être invoquée ici dans l'étiologie.

Dans le cas que l'auteur a pu observer, l'enfant, âgé d'un an et demi, ne

pouvait se tenir debout sur les pieds ; aujourd'hui qu'il a trois ans, il ne peut faire encore le moindre mouvement. Chez cet enfant, les fémurs présentaient une configuration à peu près normale, mais les jambes formaient avec les cuisses un angle droit ouvert en dedans; les deux pieds étaient en équin très prononcé ; les tendons d'Achille faisaient une saillie très marquée sous la peau. Il y avait en outre des signes manifestes de rachitisme chez l'enfant ; trois autres frères étaient atteints aussi de cette maladie. Peu de semaines après la naissance, le petit malade avait été en proie à des convulsions répétées ; quelques mois plus tard la mère remarquait que les jambes de son enfant, droites jusque-là, s'incurvaient. La déformation s'accentua et devint en six semaines ce qu'elle est maintenant. BARBE.

Ueber einen Fall von Entwicklungtshemmung des Herzens (Un cas d'arrêt de développement du cœur), par Hans LEO (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIII, Heft* 3, *p.* 503).

Le cœur présentait une diminution du calibre de l'artère pulmonaire avec développement rudimentaire du ventricule droit. Le canal artériel était resté persistant ainsi que le trou de Botal. Dans la cavité de l'oreillette droite se trouvait une membrane très développée représentant vraisemblablement la valvule tricuspide. Le cas rentre dans la règle de Peacock qui a noté que les lésions de l'artère pulmonaire se rencontrent dans près des deux tiers des cas (64 0/0) dans les arrêts de développement du cœur. L'enfant, qui a vécu près de 10 mois, avait de la cyanose et de véritables « accès de cris » durant plusieurs heures. La cyanose avait fait admettre l'existence d'une altération cardiaque, mais l'auscultation n'avait pas permis de préciser les lésions existantes. On n'entendait aucun souffle, ce qui s'explique un peu par ce fait que tous les orifices étaient assez larges. P. GALLOIS.

Kind mit Lungenhernie (Pneumocèle, suite de coqueluche), par ADLER (*Berlin. klin. Woch., n°* 7, *p.* 119, 14 *février* 1887).

Jeune enfant robuste, atteint de coqueluche depuis douze semaines. Il y a dix jours, après une nuit où les quintes avaient été encore plus fortes que d'habitude, la mère ayant démaillotté son enfant, remarqua dans la ligne mamelonnaire droite, à peu près à la hauteur de la 6e côte, une tumeur grosse comme une prune. Adler reconnut en effet l'existence, dans le sixième espace intercostal, d'une tumeur fluctuante changeant de volume par les mouvements respiratoires. Dans l'orifice que présente l'espace intercostal on peut introduire le pouce. La tumeur a une sonorité tympanique ; elle se laisse réduire complètement en donnant lieu à un bruit de crépitation ; à l'auscultation de la tumeur, on entend le murmure vésiculaire. J. B.

Ueber aufsteigende Lähmung nach Keuchhusten (Paralysie ascendante à la suite de coqueluche), par P.-J. MOEBIUS (*Centralbl. für Nervenheilkunde, n°* 5, 1887).

Garçon de 3 ans, qui fut pris, 6 semaines après le début d'une coqueluche, de difficulté dans la marche, et même dans la station assise, faiblesse des muscles, perte des réflexes rotuliens. Excitabilité électrique et sensibilité à peu près normales. Au bout de 3 semaines, amélioration du côté des jambes, envahissement des membres supérieurs et des muscles du cou (mais non de ceux de l'abdomen), paralysie complète du diaphragme. Pas de paralysie des sphincters, pas d'atrophie musculaire. Quelques jours après, début de l'amélioration par les muscles du cou ; cette amélioration fut rapide, car, 3 semaines plus tard, toute trace de paralysie avait disparu, mais les réflexes tendineux faisaient encore défaut ; ce n'est qu'un mois plus tard que le réflexe

rotulien gauche commença à reparaître. — D'après l'auteur, il est vraisemblable qu'il s'est agi là, non d'une myélite ascendante, mais d'une névrite périphérique. PIERRE MARIE.

I. — Spontaneous absorption in empyema in children... (De l'absorption spontanée dans l'empyème chez les enfants ; avantages de l'aspiration et de l'incision précoces), par Emmett HOLT (*N. York Acad. of med.*, 19 *mai* 1887).

II. — Acute empyema in children, par F. HUBER (*Ibidem*).

I. — Holt discute dans ce travail les avantages de l'aspiration ou de l'incision dans l'empyème chez les enfants et conclut que, si le liquide se reproduit après deux ponctions aspiratrices, il faut recourir à l'incision.

Sur 121 cas d'aspiration, il compte 6 morts, 23 guérisons ; tous les autres ont été soumis ultérieurement à d'autres médications.

Sur 59 cas d'incision, avant la connaissance des méthodes antiseptiques, 8 morts ; sur 63 cas, où l'opération a été faite avec les précautions antiseptiques, 2 morts.

II. — Huber pratique toujours l'aspiration pour vérifier le diagnostic. Si le pus est sans odeur, assez liquide, on peut répéter l'aspiration. Mais il est également partisan de l'incision hâtive, avec drainage. Il fait l'anesthésie locale avec la cocaïne et lave au sublimé.

Sur 13 cas, 3 morts, dont une d'érysipèle. A. CARTAZ.

The surgical treatment of suppurative pleuritis in children, par P. GARNETT (*Journ. of Americ. Assoc.*, *p.* 353, 17 *septembre* 1887).

L'auteur étudie un tableau de Godlee de 34 cas d'empyème chez des enfants ; les âges des opérés s'étendent de 1 an et 3 mois, à 10 ans et 5 mois. Sur 31 malades, considérés comme ayant guéri, 25 furent soumis à une ponction préliminaire, et 6 à une résection primitive. 4 enfants furent guéris par une seule ponction ; quant aux 21 autres qui guérirent, tous subirent la résection d'une ou plusieurs côtes. Dans tous les cas où fut pratiquée la résection, on laissa jusqu'à guérison complète le tube à drainage.

G. rapporte ensuite un second tableau de 15 opérations de résection costale pour empyème, sur des malades âgés de 5 ans à 58 ans. Dans tous les cas, sauf un seul, on eut recours à la ponction avant de réséquer, et un malade, qui avait subi 4 ponctions, guérit après résection. Sur ces 15 malades, 9 guérirent, 3 moururent et 2 retirèrent seulement un léger bénéfice de l'intervention. L'auteur insiste sur ce fait que, jamais après la ponction, on ne pratique le drainage de la cavité pleurale ; pour lui, il croit que, si le drainage avait été établi, on eût obtenu les mêmes résultats favorables que par la résection, qui serait dès lors devenue inutile. MAUBRAC.

I. — Microbe de la diarrhée infantile, par DAMASCHINO et CLADO (*Soc. de biol.*, 6 *décembre* 1884).

II. — Traitement de la dyspepsie du premier âge et particulièrement de la diarrhée verte ; nature microbienne de cette diarrhée, par G. HAYEM (*Bull. acad. de méd.*, 17 *mai* 1887 *et Bulletin de thérapeutique*, 30 *mai* 1887).

III. — De la diarrhée verte des enfants du premier âge, par LESAGE (*Bull. Acad. de méd.*, 25 *octobre et Bull. méd.*, 26 *octobre* 1887).

IV. — La diarrhée verte des enfants, par G. HAYEM (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série, t. XVIII, n°* 43).

V. — The nature and treatment of cholera infantum, par Victor-C. VAUGHAN (*Med. News*, 18 *juin* 1887).

VI. — The antiseptic treatment of summer diarrhœa (Diarrhée estivale), par Emmett HOLT (*N. York Acad. of med.*, 6 *janvier* 1887).

I. — Les auteurs ont étudié, avant les recherches de Lesage, les micro-organismes de la diarrhée infantile ; ils ont décrit en effet des bacilles, mais sans paraître leur attribuer une valeur spécifique, pathogène. Dans la diarrhée, ces bacilles se montrent d'autant plus nombreux, que le cas est plus grave ; ils disparaissent au fur et à mesure de l'amélioration de l'entérite.

II. — Hayem établit, dans ce travail, la nature contagieuse de la diarrhée verte. Aussi recommande-t-il la désinfection des linges et des selles. — Le véritable traitement de cette diarrhée est l'acide lactique, en solution à 2/100 ; à la dose d'une cuillerée à café donnée à l'enfant un quart-d'heure après la têtée. On en fait prendre cinq à huit dans les vingt-quatre heures, ce qui représente à peu près 40 à 60 centigrammes d'acide lactique pur.

Le résultat de ce traitement est la cessation rapide des vomissements, et de la diarrhée, qui devient jaunâtre et disparaît en 2 à 6 jours.

L'acide lactique est le spécifique de la diarrhée verte. LESAGE.

III. — Il existe, chez l'enfant du premier âge, deux variétés de diarrhées, dites vertes :

La première est essentiellement d'origine biliaire ; l'acidité des selles est très marquée, et, au microscope, on constate la présence d'une grande quantité de cristaux biliaires. Le bacille étudié plus loin manque totalement. Cette diarrhée survient indifféremment chez les enfants au sein et au biberon, ne s'accompagne ni de dyspepsie ni d'amaigrissement. Elle paraît due à l'augmentation de la sécrétion biliaire.

La deuxième variété doit sa coloration spéciale à un pigment sécrété par un bacille chromogène. Les selles ne contiennent que des traces de bile ; dans la moitié des cas, elles sont neutres et on ne les trouve acides que dans le gros intestin.

Le microbe que l'on rencontre est un bacille de 2 à 3 μ de longueur, sur 1 μ de largeur, rectiligne, atteignant, suivant le degré d'évolution, 5 à 20 μ de longueur. Il siège dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle. Il se reproduit par scissiparité dans l'intestin et sporulation en dehors de l'organisme. Dans ses différentes cultures, le bacille produit un pigment toujours *vert* et le pigment isolé n'a rien de commun avec le pigment biliaire. Les cultures obtenues avec ce bacille ont toujours la teinte verte caractéristique.

Par des injections expérimentales, Lesage a pu reproduire la diarrhée verte, et il montre, par des exemples, la facilité de contagion, dont l'air est l'agent le plus fréquent.

Le seul remède efficace contre la diarrhée bacillaire est l'acide lactique. A. C.

IV. — Hayem communique à l'Académie les nouvelles recherches bactériologiques faites par lui, à ce sujet, en collaboration avec Lesage. Il insiste sur ce fait que la diarrhée verte ne signifie pas toujours diarrhée microbienne, puisque la coloration verte peut être due à la bile. La diarrhée verte est bilieuse chez les enfants dans les premiers jours de la vie, lorsqu'il existe un trouble dans la sécrétion du foie. On ne rencontre pas, dans ces cas, de microbes spéciaux dans les garde-robes qui sont nettement acides. Commune dans le premier mois, cette diarrhée devient de plus en plus rare jusqu'à l'âge de six mois. A partir de cet âge, quand la diarrhée prend une coloration verte, on trouve une quantité considérable de bacilles pathogènes. On ne trouve pas alors de pigment biliaire, ou on en trouve moins que dans les garde-robes ordinaires. La coloration verte est due à la sécrétion par le bacille d'un chromogène particulier qui se reproduit dans les cultures avec une intensité variable.

Les expériences de Lesage ont permis de reproduire la maladie à la suite de la pénétration du bacille par diverses voies. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider complètement la question. Il n'en est pas moins certain dès à présent que la maladie est contagieuse. Elle est évidemment favorisée par la dyspepsie, qui prépare, pour ainsi dire, le terrain de culture du bacille. DECAISNE.

V. — Chaque année, pendant l'été, on ne traite pas moins de 25000 cas de diarrhée chez les enfants, dans les hôpitaux. Cette proportion élevée tient aux mauvaises conditions dans lesquelles le lait est fourni comme aliment. La fermentation y développe une ptomaïne toxique, le tyrotoxicon. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 448.) En administrant de très faibles doses de ce poison à des chats, on développe tous les symptômes du choléra infantile et les lésions du tube digestif à l'autopsie sont identiques à celles qu'on rencontre chez l'enfant. Le tyrotoxicon n'est pas le seul produit dangereux ; beaucoup d'autres corps sont engendrés par la putréfaction, qui ont tous une action cathartique.

Une fois les accidents développés, du lait de bonne qualité trouve dans le tube digestif des conditions de fermentation rapide et son ingestion entretient et augmente les symptômes de la maladie.

Au point de vue du traitement, on doit donc s'abstenir de donner du lait, administrer du bouillon de poulet ou de mouton, du thé de bœuf, de l'eau de riz, modifier l'état de l'intestin par de grands lavements d'eau additionnée d'acide tannique, de benzoate et de salycilate de soude. Comme les germes se développent dans un milieu acide, Vaughan préconise la mixture de chaux à la glycérine au lieu de sirop. A. C.

VI.— D'après Holt, la diarrhée estivale est un trouble digestif dû aux fermentations et putréfactions intestinales ; la cause doit en être recherchée dans la mauvaise nourriture (lait fermenté), les conditions hygiéniques défectueuses, etc.

Les indications thérapeutiques sont de nettoyer l'intestin (lavements d'eau alcaline), d'arrêter la décomposition dans l'intestin, de rendre à cet organe son état fonctionnel normal, réparer les troubles généraux. Pour satisfaire à la deuxième indication, arrêter les fermentations, Holt a eu recours à diverses substances. Il passe en revue, à ce propos, les médications indiquées par les divers auteurs.

Voici les résultats qu'il a obtenus avec l'opium, le bismuth et les astringents : 50 0/0 de guérisons, 27 0/0 améliorations, 17 0/0 état stationnaire, 7 0/0 morts.

Avec le salicylate de soude, sur 81 cas : 60 guérisons, 14 améliorations, 6 sans résultats, 1 mort.

Avec la naphtaline, 44 cas : 67 0/0 guérisons, 15 0/0 améliorations, 13 0/0 sans résultat, 1 0/0 mort.

Avec la résorcine, 27 cas : 22 0/0 non améliorés.

Le sublimé a été employé dans 28 cas ; H. ne lui réconnaît pas de grands avantages.

Le salicylate de soude lui paraît le meilleur agent ; il le donne à la dose de 1 à 3 grains, toutes les deux heures. La résorcine est administrée à la dose de 1/2 à 2 grains ; la naphtaline, 1/2 à 5 grains.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, *Wilcox* dit avoir traité 32 cas par la naphtaline ; il en a administré jusqu'à 60 et, dans un cas, 120 grains (6 gr.,) par jour. A. C.

L'acétonurie chez les enfants, par L. JUMON (*Franee médicale*, 20 *août* 1887).

Étudiée tout particulièrement chez les enfants par Baginsky, l'acétonurie peut exister chez eux à l'état normal à un faible degré, mais elle est en général liée à un état fébrile, et elle augmente avec l'intensité de la fièvre.

Elle augmente avec un régime carné, et disparaît avec un régime dépourvu d'azote.

L'acétonurie très intense observée dans le cours des maladies convulsives chez les enfants, ne peut être attribuée ni à l'administration du chloral, ni à l'asphyxie.

Elle ne peut être regardée comme la cause des convulsions.

E. DESCHAMPS.

Naphthalin bei Darmaffectionen der Kinder (Sur la naphtaline dans le traitement des maladies de l'intestin chez les enfants), par WIDOWITZ (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, *Band XXVI*, *Heft* 4).

La naphtaline se montre inefficace dans les dyspepsies qui s'accompagnent de selles argileuses et de vomissements de lait caillé, et est bien inférieure aux autres médicaments employés dans ces affections. Mais dans les autres variétés de catarrhe intestinal, la naphtaline mérite la préférence ; dans les simples diarrhées aiguës, l'auteur prescrit les préparations opiacées associées à la naphtaline, celle-ci ayant la propriété d'empêcher les fermentations qui pourraient transformer un catarrhe aigu en catarrhe chronique. Widowitz n'a jamais vu d'accident produit par l'administration de la naphtaline ; il a observé la coloration des urines, avec rougeur du pourtour de l'urètre, chez les garçons et des petites lèvres chez les filles, sans que pour cela la médication dût être suspendue. Il en a donné de 0gr,30 à 1 gramme par jour dans une potion contenant : mucilage de gomme et eau de camomille *aa* 40 grammes, essence de menthe 1 goutte, une cuillerée à café toutes les 2 heures.

Dans les diarrhées profuses, Widowitz a ajouté à la potion quelques gouttes de teinture d'opium. Les enfants prirent toujours le médicament sans résistance.

Il est toujours bon de s'assurer de la pureté du médicament; lorsqu'il est impur, il colore l'alcool en jaune clair. BARBE.

Beitrag zu Erkrankung an der Nephritis scarlatinosa und ihrer Therapie (Contribution à la néphrite scarlatineuse et à sa thérapeutique), par HASE (*Jarhbuch für Kinderheilkunde, Band XXVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 252).

Dans cet article, l'auteur insiste sur le traitement qu'il a employé pendant l'année 1886 et qu'il emploie encore maintenant avec le plus grand succès : sur 35 malades traités il n'en a pas perdu un seul.

Au début de la néphrite, lorsque la quantité d'urine a beaucoup diminué, il prescrit le régime lacté, mais pas absolu, permettant le gruau au lait et le bouillon ; il prescrit en outre 2 à 3 tasses de café fort par jour et un bain chaud de 29 à 30° R., avec enveloppements consécutifs jusqu'à production de sueurs profuses. Il donne de plus, par jour, 6 à 8 cuillerées à dessert de la potion suivante : bicarbonate et sulfate de soude de chaque 4 grammes, teinture de convallaria 4 grammes, eau distillée 90. S'il y a de la fièvre, il y ajoute matin et soir de l'antifébrine ou de l'antipyrine.

Il évite les diurétiques violents. Si des phénomènes urémiques sont à craindre, il remplace la mixture précédente par le calomel, qu'il prescrit à différentes doses suivant l'âge, 0,06-0,18 pour une dose, jusqu'à 3 et 4 doses, et jusqu'à effet purgatif suffisant; puis il revient à la mixture précédente.

S'il y a des attaques d'éclampsie, il prescrit des lavements de chloral ou des inhalations de chloroforme. Il donne aussi des excitants, principalement la teinture de musc et l'éther en injections sous-cutanées ou par la bouche. Il repousse la saignée.

Si l'urine s'élève jusqu'à 50° et qu'elle présente un peu de sang, il donne 6 cuillerées à dessert de la mixture : infusion d'ergot de seigle, 1,5 pour 90; acide nitrique, XV gouttes; sirop, 15 grammes. Puis il en vient au tanin, au tannate de soude, à l'alun; lorsque l'albumine a disparu, il donne d'abord la décoction de quinquina et continue avec le fer.

BARBE.

Primäre mykotische Nierenentzündung der Kinder (Inflammation primitive mycotique des reins chez les enfants), par Stefan MIRCOLI (*Centralbl. f. med. W.*, *n°* 40, *p.* 738, 1887).

Sur une population de 3,000 habitants, du mois d'août au mois de septembre 1855, Mircoli a observé 14 cas de néphrite primitive chez des enfants de 3 à 10 ans, en dehors de toute maladie infectieuse déterminée; 3 sont morts. Pendant la vie on avait observé une fièvre intense d'une durée de 3 à 4 jours, avec de l'œdème dur.

A l'autopsie, on a trouvé dans un cas, dans les vaisseaux de la substance corticale et dans les pyramides des amas de corpuscules allongés, entourés d'une capsule blanchâtre, accolés deux à deux ou disposés en séries de 4 à 6. (Méthode de Gram, puis coloration par le carmin.) Les noyaux des cellules épithéliales du labyrinthe ont disparu. L'auteur pense que la substance susceptible de coloration du noyau s'était répandue dans la masse protoplasmique des cellules où elle se présentait sous forme de corpuscules colorés par les réactifs. Au

pourtour des capsules de Bowman et des vaisseaux, phénomènes d'inflammation aiguë du tissu conjonctif interstitiel.

Dans les deux autres cas, on n'a pas trouvé de microorganismes ; pas de corpuscules de Flemming; ce qui prédominait, c'était l'inflammation du tissu conjonctif interstitiel. A. MATHIEU.

On hernia of the cæcum, par G.-A. WRIGHT (*Brit. med. journ., p.* 506, *mars* 1887).

Voici les conclusions de cette note, appuyée sur sept observations de hernie du cæcum chez les enfants :

La hernie cæcale est assez commune chez les jeunes garçons; elle peut être funiculaire ou se produire dans la tunique vaginale.

Elle est pourvue d'un sac complet, tout comme les autres hernies, et, si ce sac est enlevé, il peut s'en reproduire un autre.

La hernie du cæcum peut être irréductible, par suite d'adhérences du testicule ; elle peut s'étrangler et atteindre un grand volume.

On peut reconnaître cliniquement la hernie cæcale, dans certains cas, à la présence de l'appendice vermiculaire enroulé comme une corde autour de l'anse intestinale. H. R.

De la fréquence de la tuberculose du premier âge, par LANDOUZY (*Revue de médecine, mai* 1887).

Ce mémoire est à ajouter à ceux publiés antérieurement par Landouzy sur le même sujet. Il contient les observations des enfants qui ont succombé à la tuberculose dans son service pendant le premier trimestre de 1887. Sur 23 décès occasionnés par des maladies diverses, 7 sont dus à la tuberculose. L'âge des enfants morts varie de six semaines à un an. La forme de la tuberculose a été ordinairement la forme généralisée, 2 cependant ont succombé à des tuberculoses localisées dans un cas aux méninges, dans l'autre aux poumons. C. GIRAUDEAU.

Étiologie des abcès multiples chez le nourrisson, par ESCHERICH (*Münich. medicin., Woch., n.* 51, 1886).

La maladie dont Escherich recherche l'étiologie est celle que l'on décrit généralement dans le public médical sous le nom de furoncles multiples, et que l'on regarde comme étant le plus souvent liée à la syphilis, à la tuberculose ou à une hygiène défectueuse.

Au point de vue bactériologique, on trouve dans le contenu de ces abcès surtout les staphylococcus pyogenes albus et flavus; il est probable que ces deux espèces de microbes pénètrent dans les orifices naturels de la peau, glandes sudoripares, glandes sébacées, et déterminent l'inflammation de ces conduits. W. ŒTTINGER.

Operations for phimosis as a means of cure on relief of some nervous and other symptoms, par MAGRUDEN (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 393, 9 *avril* 1887).

Chez plus de 100 enfants atteints d'incontinence d'urine, de paralysie ou faiblesse des extrémités rendant la marche impossible, de pieds bots, d'affections articulaires, de douleurs névralgiques, de convulsions

ou spasmes, existait presque toujours du phimosis, de l'élongation du prépuce ou des adhérences.

L'opération du phimosis, la destruction de ces adhérences, le traitement des états anormaux du pénis, ont entraîné l'amélioration et très souvent une guérison complète; exceptionnellement, le bénéfice a été nul; parfois le résultat a été au delà de toute attente. Le plus souvent nulle autre médication n'a été employée.

L'auteur rapporte 25 observations qu'il fait suivre d'un exposé des interprétations pathogéniques proposées. MAUBRAC.

Case of scirrhus of abdominal organs in a young child (Cas de squirrhe des organes abdominaux chez un jeune enfant), par James DUNCAN (*Edinb. méd. Journ.*, *CCCLXXII*, *p.* 1127, 1886).

L'auteur rapporte un cas de cancer de l'abdomen, dont le point de départ paraît avoir été l'intestin grêle dans la région iliaque gauche; il y avait des noyaux de généralisation dans le foie et les reins. Il s'agissait d'un enfant de trois ans et demi. Il faut noter la rapidité de l'évolution; il ne s'est écoulé qu'un mois entre le moment où la mère s'est aperçue que son enfant avai quelque chose et le moment de sa mort. A. M.

Diphtérie pharyngée avec complications rares, par SENATOR (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 697, 12 *septembre* 1887).

Le malade de Senator est un jeune garçon chez lequel une angine diphtéritique grave s'est compliquée : 1° d'un pemphigus presque universel, sauf aux paumes des mains et à la plante des pieds ; 2° d'un emphysème sous-cutané du cou et de la partie supérieure du thorax. Senator pense que cet emphysème a pris naissance au niveau d'une ulcération de la gorge. J. B.

DERMATOLOGIE.

Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme... (Erythème polymorphe, débutant par la muqueuse bucco-pharyngée), par Alfred LANZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 696, 11 *octobre* 1886).

Lanz publie l'observation d'un jeune homme de 28 ans, atteint d'un érythème polymorphe, remarquable par certaines particularités. 3 jours avant de se montrer sur la peau, l'éruption commençait dans la bouche, au niveau de la face interne des joues et du palais. Sur les tégumeuts externes, elle offrait les aspects variés de l'érythème iris, de l'érythème vésiculeux et de l'herpès iris. Les mains, où l'éruption était le plus intense, devinrent le siège d'une desquamation lamelleuse. (*R. S. M.*, XI, 196; XVI, 611 et 612.) J. B.

Hyperkeratosis subungualis (Hyperkératose sous-unguéale), par Hans von HEBRA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *avril* 1887).

Il faut distinguer, parmi les maladies des ongles, celles qui débutent par leur matrice et celles qui affectent primitivement l'extrémité du doigt. Dans les premières, l'ongle est atteint dans toute son étendue;

son développement est pathologique; il se creuse de sillons transversaux ou longitudinaux, se divise en lamelles et prend les aspects les plus variés. Dans les secondes, au contraire, l'ongle se produit dans des conditions physiologiques, sa lunule est normale et ne se modifie que consécutivement aux altérations du tissu qui lui est sous-jacent.

H. Hebra a montré antérieurement que les couches épineuse et granuleuse de l'épiderme se prolongent sous l'ongle jusqu'à la ligne demi-circulaire qui forme le bord de la lunule; c'est à leur présence qu'est due sa coloration. Cet épiderme est le substratum de la maladie que l'auteur appelle *hyperkératose sous-unguéale*. Il en rapporte un cas caractérisé ainsi qu'il suit : tous les ongles sont atteints ; entre eux et le tissu conjonctif sous-jacent s'est accumulée une masse grise ou vert brunâtre dont l'épaisseur varie de 1 à 5 millimètres. Elle soulève l'ongle, qui se trouve refoulé en arrière, tandis que son bord libre la dépasse et se recourbe d'arrière en avant.

La lésion élémentaire porte sur l'épiderme, qui est épaissi et dont la couche cornée est en voie d'accroissement. Elle s'étend de la pointe vers la base de l'ongle; suivant qu'elle est plus ou moins développée, elle s'arrête à quelques millimètres du bord libre ou atteint la lunule. L'ongle lui-même est plus ou moins altéré, suivant que la maladie est plus ou moins ancienne. Au début, sa couleur seule se modifie et devient plus sombre; plus tard, sa surface se fendille et prend l'aspect lamelleux; cette altération peut s'étendre jusqu'à la limite de la lunule.

Les deux pouces, puis l'index gauche et le médius droit, ont été atteints les premiers, il y a environ quatre mois ; les autres doigts ont été successivement envahis. Le malade éprouve d'abord une sensibilité très vive le long des bords de l'ongle; bientôt l'épiderme sous-jacent s'épaissit et se fissure ; les doigts deviennent impropres aux ouvrages les plus faciles. Les ongles continuent à se développer; leur surface reste le plus souvent libre ; c'est seulement dans les cas où l'altération atteint son plus haut degré et s'avance jusque vers la lunule que se manifestent les stries transversales.

Les ongles des orteils présentent la même modification.

Aucune cause appréciable ne peut expliquer la production de ces lésions.

La recherche des parasites végétaux dans les masses épidermiques n'a donné que des résultats négatifs ; il s'agit, d'après l'auteur, d'une maladie tout à fait idiopathique (?)

La guérison a été obtenue par dix-huit séances de cautérisation pratiquées après anesthésie locale imparfaitement obtenue. H. HALLOPEAU.

Das seborrheische Eczema, par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, n° 18, 1887).

On confond sous le nom d'eczéma chronique différents types morbides; Unna distingue parmi eux l'eczéma séborrhéique. Les séborrhées sèches doivent être considérées, à l'exception de la vernix caseosa, comme des inflammations chroniques de la peau ; il en est ainsi particulièrement du pityriasis capitis, qui, pour Hebra, était une séborrhée du cuir chevelu ; l'état graisseux est dû ici à une hypersécrétion des glandes sudoripares; il n'est pas, comme on le croit généralement, limité aux squames, il intéresse toute l'épaisseur de la peau ; les lymphatiques eux-mêmes

sont injectés de graisse. Les faits qui prouvent que la véritable origine de cette surcharge graisseuse doit être cherchée dans les glandes sudoripares sont, d'une part, l'identité de cette graisse avec celle que l'on trouve normalement dans ces organes ; d'autre part, leur inflammation, leur hypertrophie et les phénomènes qui indiquent un accroissement de leur activité fonctionnelle.

Les recherches bactériologiques, non encore terminées, de l'auteur lui ont prouvé que l'eczéma séborrhéique est de nature parasitaire.

Le point de départ presque constant de cette maladie est le cuir chevelu. A la tête, le début passe le plus souvent inaperçu; après plusieurs mois ou plusieurs années, la situation s'aggrave tout d'un coup, les cheveux tombent, les squames s'accumulent, il se produit un prurit intense, et il peut survenir un suintement qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'un eczéma. L'affection commence donc par un catarrhe latent. Ses premiers indices sont une cohésion plus grande de la couche cornée qui desquame en lamelles visibles, une distribution défectueuse de la graisse cutanée, les cheveux restant secs par le fait de l'obstruction des follicules, alors que la surface de la peau et les squames qui s'en détachent se surchargent de graisse sous l'influence de l'hypersécrétion des glandes sudoripares.

La maladie peut évoluer ultérieurement suivant trois modes différents. Dans certains cas les squames continuent à se multiplier, les cheveux tombent et il se produit l'alopécie pityroïde ; la desquamation diminue à mesure que la calvitie se prononce davantage, et elle finit par faire place à une hyperhidrose oléeuse.

D'autres fois, tantôt l'accumulation des squames constitue pendant toute la durée de la maladie le symptôme capital ; elles peuvent former des amas épais, adhérents, d'une couleur qui varie du blanc jaunâtre au brun foncé, et généralement circonscrits ; le cuir chevelu est épaissi et hyperhémié à leur niveau ; leurs sièges d'élection sont le haut du pariétal et l'occiput. Cette forme a tendance à dépasser les limites du cuir chevelu ; les lésions gagnent d'abord le front et encadrent les cheveux comme une guirlande, figurant ainsi une couronne séborrhéique comparable à celles de la syphilis et de l'acné varioliforme. Plus tard, les joues, le nez et le cou peuvent être envahis ; cette forme donne lieu, comme la précédente, à de l'alopécie.

Dans la troisième forme, les phénomènes de catarrhe sont beaucoup plus prononcés ; il s'accompagne de suintement; il débute d'ordinaire au voisinage de l'oreille, où il succède à un pityriasis simple. Par le fait de l'hypersécrétion graisseuse, les croûtes sont épaisses et friables. Les joues, le front et le cou sont fréquemment intéressés.

Ces trois formes de l'eczéma séborrhéique, que l'auteur appelle squameuse, croûteuse et humide, correspondent à autant d'affections décrites séparément par les auteurs : la première est le pityriasis capitis vulgaire ; la seconde la séborrhée sèche de la tête ; la troisième comprend une grande partie des affections confondues sous le nom d'eczéma chronique de la tête. Elles se modifient dans les différentes parties du corps ; l'auteur leur rattache les eczémas marginés que l'on observe fréquemment au-devant du sternum et dans les plis génitaux, les eczémas secs de la

paume des mains, les eczémas circulaires de la région anale, les eczémas suintants du scrotum, etc.

L'eczéma séborrhéique est, d'après Unna, la cause la plus fréquente de l'acné rosacée chez la femme. H. HALLOPEAU.

Beitrage zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex et pigmentosa (Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogenèse des urticaires simple et pigmentée), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol Ergänzungsheft* 1, 1887).

Unna ayant enlevé à un de ses malades deux papules d'*urticaire pigmentée* a constaté les faits suivants : le tissu conjonctif sous-jacent à l'épiderme est raréfié et d'aspect réticulaire ; de nombreuses cellules grosses, rondes ou polygonales, d'un caractère particulier, y sont déposées ; cet infiltrat se termine dans la profondeur et à la périphérie des papules en cordons cellulaires souvent interrompus, suivant le trajet des vaisseaux et partiellement aussi celui des conduits pilaires, sébacés et sudoripares. Dans les points où les plaques sont restées saillantes après durcissement, le tissu est œdémateux, les cellules ne sont pas agglomérées, elles laissent entre elles des vides comparables à des coupes de glandes lymphatiques débarrassées par le pinceau de leurs cellules. L'œdème est donc intercellulaire.

Que sont ces cellules? En les traitant par les couleurs d'aniline, on reconnaît qu'il s'agit de cellules d'engraissement. La tumeur qui persiste après la disparition de la plaque ortiée est constituée par ces éléments. Cette néoplasie ne se développe que graduellement. C'est peu à peu, sous l'influence d'une série d'éruptions ortiées, que la peau arrive à présenter, en même temps qu'une pigmentation anormale, une élevure persistante ; on doit admettre qu'à chaque poussée de nouvelles cellules se sont accumulées dans le tissu. Les dépôts de pigment se font dans les cellules les plus profondes de la couche épineuse.

Comment se forment les plaques d'*urticaire vulgaire?* Unna formule l'explication suivante : étant donné que la lymphe exsudée par les capillaires est reprise surtout par les veines, une contraction spasmodique de ces derniers vaisseaux doit amener immédiatement la stase de ce liquide. La plaque d'urticaire doit se produire par ce mécanisme. Il peut survenir simultanément une contraction des artérioles, mais elle ne doit pas être assez puissante pour empêcher complètement l'afflux du sang.

Unna assure que, dans son hypothèse, tous les phénomènes de l'urticaire s'expliquent facilement. La résistance élastique que l'œdème oppose au doigt est produite par la paroi des vaisseaux affectés à la résorption du sérum. Si les plaques restent nettement limitées au point où elles se développent, c'est parce qu'elles sont localisées dans la sphère de distribution d'une veine cutanée et ne peuvent disparaître qu'au moment où ce vaisseau redevient perméable. Le développement et l'effacement soudains des plaques se comprennent d'eux-mêmes, puisque le spasme veineux est dû à une excitation nerveuse et disparaît avec elle. On conçoit ainsi comment, chez les sujets prédisposés, la simple excitation mécanique de la peau donne lieu à l'urticaire. Les petites plaques correspondent à la distribution d'une veine cutanée, les grandes sont

polycycliques et formées par la réunion de plaques élémentaires ; elles ne s'etendent pas excentriquement. L'extension en profondeur des plaques est en harmonie avec la théorie du spasme veineux. On sait, en effet, que les grosses veines de la peau cheminent pour la plupart sur les limites de l'hypoderme et de la peau ; l'œdème doit donc se produire surtout dans cette partie ; c'est pour cette raison que, dans les régions où le tissu conjonctif est lâche et à larges mailles, comme aux paupières et au pénis, l'œdème ortié s'étend et ne présente plus de contours précis. Les cas d'urticaire géante sont ceux où le spasme intéresse des veines plus volumineuses et plus profondes. Enfin la durée des plaques est bien d'accord avec l'idée d'un spasme des fibres musculaires lisses.

H. HALLOPEAU.

Ueber Pruritus hiemalis, par DIAKONOW (*Vierteljahr. f. Derm., Heft* 2, 1887).

Homme vigoureux, d'une santé excellente, mais dont le père souffrait de démangeaisons. Depuis environ 6 ans, il se plaint d'un prurit intense qui, chaque année, commence en octobre pour cesser au mois d'avril. Pendant le jour le prurit cesse, il commence le soir et atteint son maximum pendant la nuit. La tête, la paume des mains et la plante des pieds en sont indemnes. A part les lésions de grattage, la peau est normale. L'auteur croit que les fréquents changements de température auxquels les chasseurs sont exposés ont favorisé le développement de la maladie, à l'étiologie de laquelle la prédisposition héréditaire n'est peut-être pas étrangère. Il considère ce prurit hivernal comme une névrose cutanée.

F. BALZER.

Recherches sur le pityriasis versicolor, sa transmissibilité, etc., par HUBLÉ (*Revue méd. de Toulouse*, 1er *juillet* 1886).

L'auteur cite neuf cas de contagion directe de l'homme à la femme ou *vice versa*. Il cite aussi des faits de contagion par le gilet de flanelle. Il fait remarquer que les sujets qui ont ainsi contracté le pityriasis versicolor étaient tous bien portants, sans affection diathésique ou arthritique quelconque. Dans deux expériences, il a réussi à inoculer le parasite en maintenant des squames à la surface de la peau. — Il rapporte aussi une statistique qu'il a dressée du nombre de soldats atteints de pityriasis versicolor. Sur 2,360 hommes, il l'a trouvé 39 fois, soit 0,68 0/0.

F. BALZER.

Ueber die Ætiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sycosis, par M. BOCKHART (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., mai* 1887).

L'auteur réserve le nom d'impétigo aux éruptions pustuleuses dans lesquelles la pustule est l'élément primitif, il admet un impétigo de Wilson distinct de l'impétigo contagieux et de l'impétigo herpétiforme. C'est pour lui une maladie spéciale qu'il ne faut pas confondre avec les impétigos qui surviennent comme complication de l'eczéma, de la gale et du prurigo.

L'examen, au point de vue bactériologique, du pus de l'impétigo y dénote la présence constante de staphylocoques le plus souvent libres, quelquefois incorporés aux globules blancs, isolés, accouplés deux à deux ou réunis en groupes; la culture montre qu'il s'agit des staphylocoques pyogenes aureus et albus réunis ou isolés. Les mêmes éléments se re trouvent dans le furoncle.

Pour prouver que leur pénétration dans les téguments est bien la cause de l'impétigo, Bockhart s'est inoculé trois fois leur produit de culture; la première fois, il a pris une parcelle d'une culture mixte des deux staphylocoques à la sixième génération, l'a délayée dans une solution stérilisée de sel marin à 0,5 0/0 et se l'est inoculée au bras sur une surface grande comme une pièce de cinq marcs, qu'il avait préalablement désinfectée et au niveau de laquelle il avait raclé légèrement la couche de l'épiderme avec un scalpel. Six heures après, la peau était un peu rouge et douloureuse ; le lendemain matin, dix pustules, dont le volume variait entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille, s'étaient développées; elles étaient, pour la plupart, entourées d'une zone hémorragique. L'examen dénota dans le liquide qu'elles contenaient la présence de l'un des deux staphylocoques ou de tous deux à la fois.

Une expérience analogue, pratiquée avec une culture à la dixième génération, donna 60 pustules. Enfin l'injection sous-cutanée des mêmes staphylocoques dans la peau de l'index amena, au bout de quarante-huit heures, la formation d'un petit abcès dans lequel on retrouva ces microbes.

Pour se rendre compte de leur mode de pénétration dans le tégument et de la manière dont ils s'y comportent, Bockhart s'est fait enlever un fragment de peau portant trois pustules. L'une d'elles était traversée par le conduit excréteur d'une glande sudoripare. Ses parois étaient remplies de pus dans son trajet intra-épidermique, ainsi que dans les parties voisines de l'épiderme. Dans une autre pustule développée dans un point dont la couche cornée avait été raclée, les globules blancs avaient pénétré dans le derme, au-dessous des papilles; la troisième pustule s'était formée autour d'un cheveu; le pus occupait surtout le follicule pileux et la glande sébacée annexe. Il résulte de ces faits que les pustules d'impétigo sont dues à l'immigration dans le tissu cutané de staphylocoques qui pénètrent soit par les orifices glandulaires ou pileux, soit dans les points que la couche cornée ne protège plus suffisamment. Ils provoquent, dans le corps papillaire, une violente inflammation d'où résulte une pustule. Le furoncle peut se développer aux dépens d'une pustule d'impétigo; on y trouve les mêmes staphylocoques. Il en est de même dans le sycosis; cette dernière affection diffère de l'impétigo de Wilson en ce qu'elle débute souvent par une papule et qu'elle peut être constituée par de grosses nodosités inflammatoires dans lesquelles on ne trouve que très peu de pus; elle s'en rapproche en ce sens qu'elle est essentiellement constituée par une pustule, que cette pustule se développe le plus souvent d'emblée et qu'elle peut se transformer en furoncles. La différence s'explique par le siège du sycosis dans la barbe ; ce n'est, pour Bockhart, qu'un impétigo modifié. D'où viennent les staphylocoques pyogènes? ils sont très répandus : on les a trouvés dans l'eau des lavoirs, à la surface du sol, dans les couches des nouveau-nés; sur huit individus sains, Bockhart en a trouvé trois dont la peau portait de ces parasites. On conçoit qu'ils puissent facilement pénétrer dans son épaisseur, soit à la faveur d'une excoriation de l'épiderme, soit par l'intermédiaire d'un orifice glandulaire ou pileux.

Ces notions conduisent à une thérapeutique préventive de ces affections; elle consiste essentiellement dans l'emploi des antiseptiques, et particulièrement du sublimé. H. HALLOPEAU.

Impétigo sycosiforme du pouce et de la face dorsale de la main droite, par A. PONCET, de Lyon (*Annales de Derm.*, n° 7, 1887).

Homme de 58 ans, journalier, à la suite d'une entorse probable de l'articulation trapézo-métacarpienne de la main droite, applique une sangsue sur la région malade. La petite plaie ne se referme pas, s'ulcère, s'étend et se couvre de croûtes. La lésion, d'aspect ulcéreux, est rugueuse, boursouflée, saignant facilement ; la pression fait sourdre un pus épais, qui semble sortir des follicules pileux de la face dorsale de la main. On pensa à un impétigo sycosiforme avec folliculites pileuses. Les cataplasmes, les pansements antiseptiques restant sans effet, l'auteur se décida à faire l'abrasion au moyen de la curette. Malgré un commencement de récidive, l'opération réussit parfaitement, et l'auteur conseille d'y recourir toujours en pareil cas. Bien que la démonstration absolue n'ait pu être donnée, l'auteur croit qu'il s'agit ici d'une affection parasitaire inoculée peut-être par la sangsue dont le malade s'était servi. F. BALZER.

Lichen ruber planus der Haut und Mundschleimhaut (Lichen ruber plan de la peau et de la muqueuse buccale), par RONA (*Wien. med. Blätter*, n° 18, *p.* 67, 1887).

Rona présente deux cas de lichen de la muqueuse buccale.

Sur six cas de lichen ruber plan observés par Rona, une seule fois l'éruption de la muqueuse buccale a manqué. Celle-ci apparaît de bonne heure, quelquefois primitivement. Dans quelques cas, du lichen s'est montré sur le gland de la verge et s'est développé sous forme d'une plaque longue de 12 millimètres, large de 7 millimètres ; puis 5 à 6 noyaux de lichen, de couleur argentée, se montrèrent à la face interne de la joue gauche.

Chez les deux malades, il y avait du lichen hypertrophique. Sur le larynx, il y avait une coloration grise, les papilles étaient aplaties.

BARBE.

Ueber Lichen ruber, par G. BEHREND (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, *p.* 419, 6 *juin* 1887).

Depuis 3 ans, Behrend a traité 29 cas de lichen ruber dont 20 chez des hommes.

Il n'a rien pu découvrir dans la profession de ses malades qui autorisât à songer à une étiologie parasitaire. Les symptômes et l'évolution du lichen ruber sont contraires à cette manière de voir, parce que dans toutes les dermatoses dérivant des microparasites le système lymphatique est intéressé (adénites) et les éléments éruptifs ont le caractère de lésions progressives. Behrend n'admet pas davantage l'origine névropathique du lichen ruber, soutenue dernièrement par Kabner, car il n'est pas habituel de le voir se cantonner au territoire de distribution d'un seul nerf.

De toutes les médications, c'est l'arsenic à l'intérieur qui compte le plus de succès. J. B.

I. — Sulla eziologia della psoriasi, par DEMATEIS (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc. V*, 1887).

II. — Se la psoriasi e malattia trasmissible, par DUCREY (*Ibidem*).

I. — Demateis admet l'existence constante dans les squames du

psoriasis d'un microcoque, que l'on peut cultiver dans les milieux à base organique animale. Ces cultures peuvent être inoculées et donner lieu chez les animaux à des éruptions psoriasiformes; elles ne donnent pas lieu chez eux à des phénomènes généraux. Il n'a pas fait d'expériences sur l'homme.

II. — Ducrey rapporte de nombreuses expériences sur des lapins et même sur quelques enfants, expériences sans résultats positifs, à l'encontre de ce qui a été dit par Lassar et Tommasoli. Majocchi ajoute que les parasites décrits par Lang et qu'il a pu constater ne lui ont pas paru caractéristiques et se retrouvent dans les processus squameux.

F. BALZER.

Beitrag zur Aetiologie des Pemphigus vulgaris malignus, par F. SIEBENMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 297, 15 *mai* 1887).

Femme prise, en pleine santé, d'une stomatite ulcéreuse à marche progressive; salivation profuse qui s'écoule jusque sur le sternum, au niveau duquel apparaît une première bulle ayant les dimensions d'une pièce de deux francs. Des bulles semblables se développent sur la poitrine, le ventre, l'aisselle et le dos. La lèvre supérieure et la paupière sont également atteintes. Ces dernières bulles sont grosses comme des pois, tandis que les autres ont l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent pour la plupart. Un mois après le début, la fièvre augmente et devient continue, l'insomnie est absolue. Des bulles se développent entre les doigts des mains et des orteils. Dans le dos, tout le derme est à nu. Mort par pneumonie. Rien dans les urines.

Examen bactériologique pratiqué pendant la vie. L'enveloppe des bulles ne contenait aucun microorganisme. Des 12 cultures entreprises avec 4 bulles, 3 seules entreprises avec la même bulle ont été productives, donnant lieu au micrococcus tetragenus, qui est pathogène pour le lapin et se rencontre fréquemment dans les crachats tuberculeux. C'est, d'ailleurs, un microorganisme sans importance pour l'homme, ainsi que Siebenmann l'a vérifié de nouveau en s'inoculant, sans résultat, à l'avant-bras les produits purs de sa culture.

J. B.

Du zona périnéo-génital chez les tuberculeux, par BARIÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *mai* 1887).

On ne connaît guère que 25 cas publiés de zona chez les tuberculeux, et le plus souvent il s'agit de zona thoracique. Barié rapporte 3 cas de zona localisé dans la région périnéo-génitale, caractérisé par de vives sensations prémonitoires de douleur et de brûlure, auxquelles succèdent bientôt une éruption vésiculeuse; le zona siégeait du côté droit, il était strictement unilatéral; il répondait à la distribution de branches collatérales du plexus sacré. Barié admet que le zona peut être dû soit à des méningo-myélites tuberculeuses, soit, plus probablement, à des névrites parenchymateuses périphériques.

H. L.

Vorstellung eines Falles von doppelseitigem recidivirenden Herpes zoster faciei (Zona de la face bilatéral et récidivant), par G. BEHREND (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 119, 14 *février* 1887).

Le jeune malade présenté par Behrend offre un triple intérêt : 1° son zona occupe les deux côtés de la face; 2° il siège sur plusieurs des branches du trijumeau : à droite sur les deux premières; à gauche sur les troisièmes; 3° c'est déjà la troisième fois depuis 4 ans que Behrendt soigne ce malade pour

un zona, qui a d'ailleurs présenté un plus grand nombre de récidives. Lors de la première atteinte à laquelle Behrend a assisté, il s'agissait d'un zona de la troisième branche gauche; à la seconde, survenue 21 mois plus tard, l'éruption se trouvait sur l'un des pavillons auriculaires.

Une sœur de ce jeune garçon a eu également du zona. Lui-même est tuberculeux et sa mère est morte phtisique.

Vorstellung eines Falles einer noch nicht beschriebenen Hauterkrankung (Phlyctaenosis aggregata), par G. BEHREND (*Berlin. klin. Woch*, *n°* 33, *p.* 621, 15 *août* 1887).

C'est le septième cas que Behrend voit d'une dermatose non encore décrite, caractérisée par des groupes de vésicules confluentes du volume d'une tête d'épingle. Une rougeur intense de la peau précède localement cette éruption, qui est accompagnée de démangeaisons vives ; aux groupes vésiculeux succèdent des croûtelles sanguines, dont la chute laisse une tache pigmentée. Quand un des groupes éruptifs a disparu de cette façon, il en apparaît sans cesse d'autres sur différents points du corps, et finalement les téguments prennent une teinte brun foncé intense.

L'arsenic est souverain contre la phlycténose agminée; au bout de deux ou trois jours déjà, l'éruption a complètement disparu, la peau est redevenue lisse et le malade n'éprouve plus de prurit. Mais, dès qu'on cesse la médication, les groupes vésiculeux se reproduisent avec leurs démangeaisons intolérables. J. B.

Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichtes, par O. ROSENTHAL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 425, 1887).

Femme de 54 ans, atteinte depuis l'époque de la ménopause, c'est-à-dire depuis 9 ans, d'une dermatose faciale qui ne survient que pendant les mois d'été, à la suite de transpirations abondantes. Sur la partie inférieure du front, les paupières, le dos du nez, les joues, la lèvre supérieure, on voit un grand nombre de boutons, gros comme des têtes d'épingles, et qui sont en réalité de petites vésicules ; leur contenu est une sérosité claire, nettement acide. Au milieu de ces vésicules existent un moins grand nombre de boutons bleu foncé, d'où l'on peut extraire, après la sérosité, un petit caillot sanguin.

Pas de rougeur de la peau, pas d'œdème, pas de croûtes. Traitement : lotions avec la solution alcoolique de naphthol à 1 0/0.

On ne peut admettre ici ni l'eczéma vésiculeux, ni l'herpès, ni la miliaire cristalline qu'on observe dans le cours des pyrexies. Il s'agit certainement de la dysidrose de Tilbury Fox. L. GALLIARD.

Ueber Pellagra in Œsterreich und Rumänien, par NEUSSER (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 *janvier* 1887).

Dans le Frioul autrichien, qui compte 36,588 habitants, on a vu, en 1886, 1,068 cas de pellagre, soit 3 0/0. Dans certaines localités, la proportion s'élève à 25 0/0. La maladie sévit surtout sur la population pauvre, qui se nourrit presque exclusivement de polenta de maïs. En Roumanie, les habitants les plus pauvres ont tous, à côté du maïs, le lait, le fromage quelques fruits et même parfois de la viande, et cependant ils ne sont pas à l'abri de la pellagre.

Les symptômes cutanés, nerveux et intestinaux ne se succèdent pas toujours dans le même ordre. L'érythème est généralement précédé par quelques troubles nerveux légers : mélancolie, tristesse, hallucinations. Voici les types cliniques de la pellagre, d'après l'auteur : elle peut simuler les psychoses fonctionnelles, la sclérose latérale amyotrophique, la tétanie, la méningite, la gastroentérite, l'anémie essentielle, la maladie d'Addison ; elle peut être une simple dermatose sans autre désordre ; on peut voir enfin la pellagre sans pellagre, sans lésions cutanées.

La cause principale est le maïs. L. GALLIARD.

Ueber Mycosis fungoïdes, par KAPOSI (*Société des méd. de Vienne*, 1er *avril* 1887).

Homme de 36 ans, atteint de mycosis fongoïde. Le début de l'affection remonte à 1875 ; on a d'abord vu, au niveau du grand pectoral gauche, des taches rouges qui, en quelques mois, se sont transformées en tumeurs grosses comme des noix et qui, au bout de quelques mois encore, ont disparu. Mêmes taches et mêmes tumeurs passagères au dos. En 1882, tumeur au niveau de la sixième vertèbre cervicale, s'avançant progressivement vers l'aisselle droite.

En 1886, tumeurs multiples, de dimensions variables, bleuâtres, saillantes. Celle de l'aisselle droite s'est ulcérée. Outre les tumeurs, infiltration dermique donnant à la peau un aspect marbré.

L'auteur insiste sur la distinction du mycosis et de la leucémie.

L. GALLIARD.

Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mycosis fungoïdes (Sur les champignons que l'on trouve dans le mycosis fungoïde), par H. KUEHNE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Ergänzungsheft* 3, 1887).

L'auteur a trouvé dans le sang et différents organes internes d'un sujet atteint de mycosis fungoïde non seulement les streptococci vulgaires, mais aussi des bacilles qui n'avaient pas encore été signalés dans cette maladie. Ce cas s'est terminé par la mort après une gangrène partielle des tumeurs et des phénomènes de septicémie. Les fragments examinés ont été recueillis, les uns pendant la vie, les autres après la mort, et pris, les uns dans les tumeurs ulcérées ou non de la peau, les autres dans le foie, les poumons, les veines et les caillots cardiaques. Dans les parties prises sur le vivant, l'auteur n'a pas trouvé de microbes. Dans un fragment de peau ulcérée pris sur le cadavre, les streptococci étaient, au contraire, nombreux, isolés ou réunis en petits groupes, sous forme de zooglées ; ils n'existaient qu'au niveau de l'ulcération. Dans le poumon, parsemé de nodules miliaires, les vaisseaux renfermaient des streptococci et en même temps une grande quantité de gros bacilles ayant des dimensions au moins deux fois égales à celles des bacilles du charbon. Ces mêmes bacilles se trouvaient dans les vaisseaux du foie, des reins et de la rate, ainsi que dans un caillot cardiaque.

Ce fait plaide, d'après l'auteur, contre l'hypothèse qui considère les schizomycètes comme la cause de la maladie ; ces microbes avaient, selon toute vraisemblance, envahi l'organisme en pénétrant par les foyers gangreneux. H. HALLOPEAU.

I. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée, par V. HANOT (*Archiv. de physiologie*, 1er *juillet* 1886).

II. — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, par VALLAS (*Thèse de Lyon*, 1887).

I. — Les observations de Verneuil, Verchère, Merklen, Tscherning, Karz, Axel Holst et l'observation de l'auteur tendent à démontrer la possibilité chez l'homme de l'inoculation de la tuberculose par la peau.

Cette dernière observation peut être ainsi résumée : Un homme, âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Tenon, en 1884, avec les signes d'une tuberculose pulmonaire parvenue à la troisième période. Il est porteur d'un ulcère de l'avant-bras gauche baigné par un pus qui contient des bacilles de la tuberculose. Les signes de phtisie pulmonaire remontent à un an ; l'ulcération tuberculeuse date de deux ans et a eu pour point de départ un panaris du pouce gauche contracté en manipulant de vieux os.

L'autopsie permit de vérifier la nature et l'étendue des lésions pulmonaires constatées pendant la vie.

L'examen histologique, complété par la recherche des bacilles de Koch, établit la nature tuberculeuse de la lésion cutanée. Les ganglions axillaires correspondant à l'ulcère tuberculeux, qui n'avaient point paru augmentés de volume pendant la vie et qui à l'autopsie n'avaient point semblé caséeux, montrent des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose. A. GILBERT.

II. — Vallas ne s'attache pas au lupus, aux gommes tuberculeuses de la peau, ni à la tuberculose verruqueuse de Riehl, à laquelle il convient de rattacher certains tubercules anatomiques. Il ne s'occupe que des ulcérations tuberculeuses proprement dites, moins étudiées jusqu'à ce jour. Il en relève trente-trois observations dans la science. C'est donc une lésion assez rare : elle peut siéger partout, mais son siège de prédilection paraît être le pourtour des orifices naturels. Il en donne une description complète, clinique et anatomo-pathologique. L'ulcération tuberculeuse est le résultat d'une auto-inoculation bacillaire et n'apparaît que chez les tuberculeux parvenus à la dernière période de la maladie. Les lésions anatomo-pathologiques sont celles de la tuberculose du tissu conjonctif et peuvent affecter deux formes : 1° une forme granulo-caséeuse avec nodules embryonnaires et inflammation spécifique internodulaire ; 2° une forme folliculaire, caractérisée surtout par la présence des follicules de Koester. D'après les inoculations pratiquées sur des lapins et des cobayes, ces ulcérations tuberculeuses fournissent des produits d'une virulence relativement faible. L'auteur croit que l'ulcération tuberculeuse de la peau se développe à la suite d'une inoculation directe, chez un tuberculeux déjà cachectique. Le pronostic est grave, l'ulcération tuberculeuse étant un signe de cachexie. Le nitrate d'argent et l'iodoforme paraissent avoir donné les meilleurs résultats. F. BALZER.

Un caso di tubercolo anatomico, par SANGUINETTI (*Giorn. ital. per le mal. vener.*, *fasc.* 3, 1887).

Homme de 40 ans, présentant sur le dos de la main gauche une surface végétante, grosse comme une petite aveline, avec induration moyenne, peu douloureuse, d'origine inconnue. L'auteur diagnostique un tubercule anato-

mique. L'examen histologique montra, en effet, qu'il s'agissait d'un papillome, et les coupes traitées par le procédé d'Ehrlich contenaient des bacilles tuberculeux peu nombreux dans le corps muqueux. F. BALZER.

Lupus und Tuberculose, par DEMME (*Vierteljahr. für Derm. und Syph., Heft* 2, 1887).

Un enfant de 3 ans avait souvent des accès d'oppression, sans que l'examen de la gorge et de la poitrine montrât autre chose que l'hypertrophie des amygdales et de la matité au niveau du sternum. La trachéotomie devint nécessaire, et la plaie livra, un jour, passage à du pus et à des masses caséeuses. Or, l'enfant avait eu autrefois un abcès tonsillaire, et dans un des grumeaux évacués, on avait constaté des bacilles de la tuberculose. L'autopsie de l'enfant montra de la tuberculose des divers organes. L'auteur pense que la tuberculose a eu pour origine un lupus ulcéré existant à la face chez la bonne de l'enfant. Il y aurait eu transfert direct du pus. L'auteur a soigné plus tard cette bonne, et il a pu trouver des bacilles dans ses ganglions.

Chez un deuxième enfant, dont le père présentait des signes caractéristiques de scrofule, survint une coqueluche, et en même temps un lupus du nez et des joues. Il y eut bientôt tuberculose étendue des organes internes, tuberculose consécutive, selon l'auteur, à l'envahissement des glandes et du poumon par les bacilles du lupus. Enfin, il démontre que l'eczéma, avec ses callosités et ses éraillures, a servi de porte d'entrée aux bacilles tuberculeux chez un enfant atteint de cette affection, et qui dormait à côté de sa mère, en proie à une phtisie avancée. En effet, on a pu trouver des bacilles de la tuberculose dans les fragments de peau incisés, et lorsque l'enfant eut succombé à une hématémèse, on trouva des bacilles sur les bords de l'ulcération stomacale. F. BALZER.

Lupus erythematodes, par RISSO (*Giorn. ital. delle malad. vener. e della pelle, fasc. V*, 1887).

L'auteur rapporte une observation de lupus érythémateux très étendu de la face survenu chez une femme âgée de 45 ans. Du 3 mai au 8 juin, tout le champ de l'éruption fut recouvert quotidiennement de morceaux de toile imprégnée d'onguent napolitain. Sous l'influence de ces applications, la peau se modifia assez rapidement ; le traitement fut continué jusqu'au mois de juillet. Il amena progressivement la disparition de la rougeur ; l'affaissement de la région tuméfiée avec production de tractus blanchâtres cicatriciels. Avant le traitement, un fragment de peau enlevé par la biopsie avait montré à l'examen histologique, un état angiomateux de la peau très accusé, de grandes dilatations vasculaires des réseaux superficiels et profonds, avec infiltration cellulaire du derme, surtout autour des vaisseaux et des glandes. Après le traitement, l'examen d'un second fragment de peau montra la persistance des mêmes lésions, mais pourtant avec diminution de la dilatation vasculaire et surtout dégénérescence graisseuse avancée des cellules. Au contraire, il y avait atrophie des fibres connectives, qui ne formaient plus qu'un reticulum contenant les cellules dans ses mailles. L'auteur croit que l'onguent napolitain agit en facilitant la dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires infiltrés et leur migration. F. BALZER.

De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution, par Paul RAYMOND (*Annales de Derm. et de Syph., n*os 3 *et* 4, 1887).

L'auteur rassemble dans ce mémoire un certain nombre d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis. Pour lui, l'épithélioma peut se déve-

lopper non seulement sur la cicatrice du lupus guéri, mais sur le lupus en pleine activité. Toutefois, la première forme, ainsi que l'admet Bidault dans sa thèse, est plus commune. Quand il se développe sur un lupus en pleine activité, il s'agit toujours d'un lupus tuberculeux, et jamais d'un lupus érythémateux (Vidal). Il est probable que l'on a parfois confondu avec le nom de lupus vorax des faits de cet ordre. Le lupus de la joue et du nez se complique ainsi plus souvent que celui du tronc ou des membres. L'épithélioma ne se développe ainsi que chez l'adulte ; il peut survenir sur les lupus traités ou non traités (Kaposi). La forme végétante est plus commune que la forme ulcéreuse. Il s'agit habituellement d'épithéliomas lobulés à marche rapidement envahissante. Le diagnostic est ordinairement facile ; pourtant certains lupus scléreux et papillomateux peuvent simuler l'épithélioma. L'irritation vive que détermine le processus lupique du côté du corps muqueux de Malpighi explique jusqu'à un certain point la fréquence relative des épithéliomas développés sur les lupus. F. BALZER.

Sulla utilita delle pennellazioni di soluzioni di sublimato corrosivo nelle lesioni lupose della cute (Utilité des frictions avec les solutions de sublimé corrosif dans les lésions lupeuses de la peau, par CASTALDI (*Riforma med., n° 252 et suiv.*, 1887).

Étude sur le lupus à propos de plusieurs cas traités avec succès par les applications de sublimé. L'auteur rapporte quatre observations à la suite desquelles il étudie les rapports du lupus avec le tubercule. Sans oser conclure, il n'est pas absolument favorable à l'identité de ces deux lésions. Dans ses essais de coloration, il a remarqué l'existence de nombreuses granulations placées dans les noyaux des cellules lymphatiques, granulations qui ne se laissent pas décolorer après l'action du violet de gentiane par l'alcool acidulé. Il se demande si ces granulations ne sont pas pathogènes et il les compare aux granulations décrites dans le trachome de la conjonctivite par Satler. Le trachome a d'ailleurs une évolution qui se rapproche, à certains égards, de celle du lupus.

Le sublimé a été vanté déjà dans le traitement du lupus, notamment par Wite. L'auteur emploie une solution forte, à 1 0/0, appliquée à l'aide d'un pinceau rigide, avec frictions assez énergiques. Ces applications se font deux fois par semaine. Elles réussissent surtout dans les formes ulcéreuses. F. BALZER.

Zur pathologischen Anatomie der Lepra, par H. KUEHNE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Ergänzungsheft* 3, 1887).

L'auteur admet avec Unna que les prétendues cellules lépreuses n'existent pas et que l'on a pris pour telles des sections de lymphatique remplies de bacilles. H. H.

I. — Étude sur la présence du bacille dans le sang des lépreux, par G. FERRÉ (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 *juillet* 1887).

II. — Acide osmique et procédé d'Ehrlich dans la préparation du bacille de la lèpre, par G. FERRÉ (*Idem*).

I. — Sur un lépreux, dont la main ne présentait aucun tubercule,

Ferré a piqué l'extrémité du médius assez profondément et recueilli six lamelles de ce sang. Dans chacune de ces lamelles il a trouvé un nombre relativement considérable de bacilles, disséminés dans les globules blancs et dans le sérum ; par places, on peut constater la présence de colonies. Ces bacilles ont encore été trouvés dans du sang pris sur les parties latérales et dorsale du thorax, loin de toute lésion lépromateuse; on peut donc en conclure qu'il existait des bacilles dans le sang de la circulation générale, ce qui serait très rare d'après Leloir.

II.—En traitant les coupes des tissus lépreux par le procédé d'Ehrlich, on n'obtient pas toujours une très grande netteté des tissus et des bacilles ; pour y remédier, il suffit de plonger le tubercule, pris sur le vivant, pendant vingt-quatre heures dans l'acide osmique à 1/100, puis de le durcir par la gomme et l'alcool ; on voit alors le bacille très nettement coloré en violet sur un fond brun. OZENNE.

Nouvelles recherches sur la transplantation de la lèpre chez les animaux, par CAMPANA (*Bollettino della R. Accademia medica di Genova*, n° 3, 1886).

Complétant ses recherches précédentes sur le même sujet (*R. S. M.*, XXIII, 635), Campana injecte dans le péritoine et dans le tissu cellulaire des animaux une émulsion de tissus lépreux renfermant des bacilles et ayant séjourné pendant un temps assez long dans l'alcool absolu, ce qui a déterminé la mort des bacilles; puis, produisant des œdèmes par la ligature des membres, il retrouve les bacilles dans le liquide de l'œdème et dans les leucocytes qu'il contient; il les retrouve également dans les tissus. Il conclut que la présence des bacilles de la lèpre chez les animaux, attribuée à la reproduction de la maladie, tient uniquement à ce que les leucocytes se sont approprié les parasites comme ils l'auraient fait de corps étrangers. GEORGES THIBIERGE.

Sulla lepra dei polmoni, par A. BONOME (*La Riforma med.*, 13 *octobre* 1887).

Bonome a pu faire l'autopsie d'un lépreux, atteint de lèpre cutanée et viscérale. Le larynx était le siège d'une infiltration avancée qui se poursuivait sur la muqueuse de la trachée et des bronches avec tuméfaction des ganglions péribronchiques et péritrachéaux.

Le poumon, lisse à la superficie, présentait dans son épaisseur un certain nombre de noyaux durs, plus ou moins volumineux. A l'examen microscopique, ce poumon présentait l'aspect d'une broncho-pneumonie avec péri-bronchite indurative, ou cirrhose fibro-noueuse.

A l'examen histologique, à l'intérieur des alvéoles, grosses cellules à protoplasma granuleux ; destruction de l'épithélium alvéolaire; épaississement du tissu connectif péribronchique et périvasculaire ; endartérite oblitérante. Infiltration diffuse de la muqueuse bronchique. Sur quelques points la néoformation obstrue complètement le calibre du canal bronchique. En un mot il existait des signes d'inflammation interstitielle diffuse.

En examinant le mucus bronchique, le sang et le liquide séro-albumineux coulant du poumon, on trouvait de nombreux bacilles que la technique et l'inoculation aux animaux permirent de différencier du bacille de la tuberculose. Il s'agissait bien, d'après l'auteur, de lèpre du poumon. A. CARTAZ.

Du développement et de l'évolution du molluscum fibrosum ; ses rapports avec l'acrochordon et les autres excroissances cutanées, par TAYLOR (*Journ. of cut. and genito-urinary dis., février* 1887).

Homme de 23 ans, robuste, vu pour la première fois en 1872, portant sur le corps de nombreux molluscum sur le dos, les flancs, le cuir chevelu et la partie supérieure des cuisses. Ces tumeurs étaient de volume très variable. Elles débutent par une excroissance peu saillante, qui semble traverser le derme, en sorte que le doigt, en pesant sur la tumeur, a la sensation d'un trou. A la surface des tumeurs, le derme est donc profondément modifié et aminci. Les tumeurs, après avoir grossi plus ou moins, peuvent rétrocéder. Elles peuvent devenir plus volumineuses (molluscum pendulum, dermatolysis). Lorsqu'elles rétrocèdent, elles deviennent de plus en plus molles, d'une consistance œdémateuse ; parfois le derme sain semble se rétrécir à leur base, on ne peut plus les réduire. Cette espèce de constriction hâte peut-être la régression des tumeurs ; quoi qu'il en soit, elles sont alors plus souvent flasques et ridées, avec l'apparence de sacs vides. Cette rétrocession est lente ; pourtant le jeune homme observé par Taylor avait vu des tumeurs rétrocéder ainsi dans l'espace de 8 mois à un an. Taylor assimile au molluscum les excroissances désignées par les auteurs sous les noms d'acrochordon, verrues molles, polype du tissu cellulaire, etc..., et croit que leur origine commune est une sorte de hernie du tissu fibromateux à travers le derme aminci et refoulé. F. BALZER.

Hydradénomes éruptifs ou épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares, par JAQUET et DARIER (*Annales de Derm. et de Syph., n°* 5, 1887).

Homme de 26 ans, très vigoureux, s'est aperçu, depuis 8 ans, de l'apparition de petits boutons rougeâtres, gros comme des petits pois, sans douleur, sans prurit, et se multipliant lentement. On les voit à la région antérieure du cou et à la face interne des membres supérieurs. Ce sont des saillies rosées, d'apparence papuleuse, peu dures, souvent ovalaires, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Les divers traitements internes et externes mis en usage ont été sans effet sur cette singulière éruption.

L'examen histologique fait par Darier montra, au milieu du tissu conjonctif épaissi du derme, un grand nombre de tractus épithéliaux, ayant le diamètre et l'aspect de tubes sudoripares. Ces tractus présentent des petites dilatations kystiques, contenant des blocs d'une matière amorphe et réfringente. Ces productions occupent le derme et ne s'étendent pas du côté de l'hypoderme, ni du côté du corps papillaire. Ces tractus sont constitués par des cellules épithéliales polygonales disposées plus ou moins régulièrement. Bien qu'on n'ait pas pu trouver de continuation directe du tissu nouveau avec celui des glandes sudoripares, il est cependant vraisemblable, en tenant compte de l'aspect des tractus épithéliaux et du bourgeonnement de quelques glandes, qu'il s'agit ici d'un *épithélioma adénoïde*, ayant pris son origine dans les glandes sudoripares. Les auteurs adoptent aussi la dénomination plus brève d'hydradénome avec kystes colloïdes. F. BALZER.

Sur un cas de pellagre sporadique, par H. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 8 *mai* 1887).

L'observation recueillie par Mollière sur un malade de 26 ans, Dauphinois, montre d'une façon très nette l'influence de la misère et de la mauvaise alimentation sur la marche de la maladie. Depuis son enfance, le malade est nourri de légumes, de pain de seigle, et de farine de maïs. A 12 ans, survient l'érythème qui chaque année offre une recrudescence au printemps. Pendant

2 ans où il travaille en ville et pendant les 4 années du service militaire, l'érythème disparaît pour revenir à la reprise du régime ordinaire. A 14 ans, apparaissent les troubles dyspeptiques et généraux qui sont allés s'accentuant peu à peu. Sous l'influence d'un traitement réparateur, la diarrhée a cessé, l'érythème a disparu, mais les troubles nerveux, symptômes de myélite, n'ont pas diminué. A. C.

Sopra i teratomi papillari cutanei multipli preauriculari, par MAJOCCHI (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc. V*, 1887).

Ces petites tumeurs sont cylindriques ou claviformes, elles siègent toujours au-devant du tragus et sont congénitales. Elles sont isolées, disposées en groupes ou en série linéaire. Ordinairement il y en a 3 petites, mais de volumes divers ; elles sont ordinairement unilatérales. Elles sont d'une dureté cartilagineuse et la peau est normale à leur surface. Elles s'accroissent peu après la naissance et ne deviennent pas malignes. Leur point de départ paraît être le premier arc branchial, ainsi que semblent l'indiquer leur nombre, la forme bifurquée du plus volumineux des 3 tératomes et leur structure hyaline. Cette manière de voir réfute la théorie qui considère ces productions comme des *polioties*.

F. BALZER.

Tricofitiasi dermica, par CAMPANA (*Giorn. ital. del mal. vener. e della pelle, fasc. IV*, 1887).

L'auteur, dans un cas de tricophytie scroto-périnéale, dit avoir constaté à l'aide de la biopsie suivie de divers examens avec coloration par la teinture d'iode ou par la méthode de Gram, que le tricophyton peut pénétrer jusque dans le derme. Le travail contient deux dessins représentant le parasite. Mais on ne voit pas de mycélium, l'auteur n'a figuré que des spores. F. BALZER.

Ein Fall von Alopecia neurotica (Sur un cas d'alopécie d'origine nerveuse), par J. SCHUTZ (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., avril* 1887).

Un enfant âgé de 8 ans est piqué par les ciseaux d'un perruquier au niveau de la région occipitale gauche ; la petite plaie met huit jours à guérir. La semaine suivante, les cheveux tombent sur une surface étroite et allongée qui part du point lésé pour se diriger verticalement en bas, jusqu'à la limite du cuir chevelu ; la plaque d'alopécie ainsi formée a depuis lors persisté en s'élargissant dans sa partie inférieure ; elle a pris ainsi la forme d'un triangle qui mesure 9 centimètres et demi de long sur 4 centimètres dans sa plus grande largeur. A sa périphérie, les cheveux sont plus ou moins éclaircis. La peau à ce niveau est blanche, brillante, lisse et non atrophiée ; la sensibilité au compas de Weber et aux courants faradiques y est peut-être plus marquée que du côté sain. Au sommet du triangle, on voit la cicatrice de la plaie initiale ; elle est douloureuse, spontanément et à la pression. Dans le triangle dénudé et les parties voisines, on voit des cheveux très fins, mesurant environ un centimètre et terminés par un renflement plus sombre ; ils offrent une certaine résistance à l'arrachement ; on y reconnaît au microscope les lésions de la tricorrhexis noueuse ; la luette est déviée du côté malade. Cette alopécie diffère de celle de la pelade par sa forme triangu-

laire, et ses contours mal limités ; sa distribution répond à celle d'un nerf cutané, le grand occipital.

Ce cas est le premier dans lequel une lésion traumatique aussi circonscrite et passagère ait provoqué, sans complication apparente, une chute des cheveux aussi étendue ; il s'agit selon toute vraisemblance d'un trouble dans l'innervation trophique de la peau. H. HALLOPEAU.

Gangrène symétrique et sclérodermie, par GOLDSCHMIDT (*Revue de médecine, mai* 1887).

Dans un cas où la sclérodermie et la gangrène symétrique des extrémités ont évolué parallèlement chez le même sujet, Goldschmidt et Ricklinghausen ont trouvé des altérations identiques au niveau des plaques de sclérose cutanée et dans les téguments des doigts malades. Elles consistaient en une endartérite oblitérante intéressant les petites artères du derme. Cette endartérite se retrouvait, du reste, dans les poumons, les reins, le cœur et même dans des fragments de peau saine en apparence. C'est à elle que l'auteur attribue les phénomènes asystoliques survenus dans les derniers temps de la maladie. Quant à la cause même de cette endartérite généralisée, l'autopsie a été muette à cet égard. S'agit-il d'une lésion nerveuse encore indéterminée, ou peut-être d'une affection microbienne? Pour l'instant, tout ce que l'on peut dire, c'est que, dans ce cas, les nerfs étaient sains, et l'on n'a pas trouvé de microorganisme. Se basant sur cette autopsie, Goldschmidt croit que cette observation vient à l'appui de l'opinion qui range dans le même cadre nosologique, la maladie de Raynaud et la sclérodermie. C. GIRAUDEAU.

L'ulcère de Pendjeh (*Roth's Jahresbericht, p.* 92, *février* 1886).

W. Roth, résumant quelques travaux de médecins russes et anglais, en particulier de Suski (Wratsch, 1886, p. 165), décrit sous ce nom une endémie particulière aux troupes du Mourghab. De janvier à novembre 1885, cette affection a atteint 90 0/0 des hommes séjournant dans cette région. Elle consiste en l'apparition, en un point quelconque du corps, d'une tuméfaction incolore puis d'une ulcération occupant toute l'épaisseur du derme, de la largeur d'une pièce de 5 centimes, à bords taillés à pic et à pourtour œdématié. L'inoculation du liquide sécrété à divers animaux donne des tuméfactions semblables à celle de l'homme. D'après Pierson, la maladie est connue de tous les médecins qui ont servi sur les frontières afghanes. D'après Hislop, ce ne serait autre chose que le bouton d'Alep si répandu dans toute l'Asie mineure; elle apparaît en automne à l'époque de la maturité des dattes, et ses cicatrices cuivrées — qui n'ont rien de commun du reste avec la syphilis — sont appelées *marques de dattes*.

Suski l'attribue à un organisme spécial, qu'il aurait trouvé à la fois dans le produit de sécrétion de l'ulcère et dans l'eau du Mourghab; mais l'accident serait favorisé par les irritations que subit la peau dans ce pays, poussière fine du désert, transpiration abondante, piqûres d'insectes, etc.

Le siège primitif de l'affection serait les follicules pileux. Se basant sur une expérience de 1300 observations, il préconise comme traitement

les lavages à la solution de sublimé à 1/1000 et les pansements à la pommade mercurielle; Bartley emploie le perchlorure de fer et Pierson l'acide nitrique. DE SANTI.

Das Cocaïn in der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis (De la cocaïne dans le traitement des maladies de peau et de la syphilis), par Sigmund LUSTGARTEN (*Wiener med. Wochenschrift, n° 12, p.* 357, 1887).

On ne peut employer utilement la cocaïne dans les maladies de peau que si l'épiderme est entamé ou a disparu plus ou moins complètement.

La cocaïne peut être utile dans l'eczéma aigu et subaigu ; on badigeonne une à deux fois dans les 24 heures avec une solution à 2 0/0. Cette cocaïne donne de meilleurs résultats dans l'eczéma des parties génitales et de l'anus en pommade à la lanoline à 1 sur 20 ou 40.

Cette préparation est employée deux fois par jour, on applique de la poudre d'amidon par-dessus. Dans le prurit anal, on applique des suppositoires renfermant 0,05 de cocaïne.

On peut l'employer pour anesthésier les parties que l'on va cautériser avec le nitrate d'argent.

Dans le râclage du lupus, la cocaïne donne des résultats peu satisfaisants.

L'auteur l'a employée pour faire des injections sous-cutanées de calomel ou de tannate de mercure qu'il fait précéder d'une injection de cocaïne en employant la même canule.

Des accidents ont été observés : chez un alcoolique on vit, à la suite d'une injection de 0,05, survenir une attaque épileptiforme ; chez un autre il y eut, pendant 24 heures, du tremblement des extrémités.

BARBE.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Sur la genèse parasitaire de la syphilis, par CARMELO (*Giorn. ital. delle mal vener., mars-avril* 1886).

L'auteur a coloré les coupes d'un condylome plat par les méthodes de Koch et d'Ehrlich, et a pu voir des bacilles dont la longueur variait de 28 μ à 54 μ. Des cultures faites dans la glycérine donnèrent des résultats positifs et furent injectées à un lapin qui présenta bientôt une lésion ressemblant à un chancre.

L'auteur a retrouvé les mêmes bacilles dans les bulles de pemphigus chez un enfant atteint de syphilis congénitale. Le contenu de ces bulles, inoculé à la lèvre d'une chatte, amena encore la production d'une lésion semblabe à un chancre et plus tard des papules et des excoriations. F. BALZER.

Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques, par VAQUEZ (*Ann. de Derm., fasc.* 8-9, 1887).

L'auteur admet avec Fournier que les lésions dentaires caractéristi-

ques, décrites par les auteurs et notamment par Hutchinson, n'appartiennent pas exclusivement à la syphilis. Il publie, comme preuve, une observation intéressante recueillie dans le service de Fournier et concernant 2 jeunes filles dont les parents n'avaient pas eu la syphilis et qui présentaient des lésions dentaires analogues à celles que l'on rapporte d'ordinaire à cette maladie. Les lésions dentaires dans ces cas ne peuvent être attribuées qu'à une cause d'ordre général, à une atteinte grave portée au développement de l'organisme. La scrofulo-tuberculose peut produire cette atteinte aussi bien que la syphilis. Cela est manifeste, surtout pour la seconde observation publiée par l'auteur. F. BALZER.

Considérations à propos de trois cas de syphilis acquise observés chez des sujets porteurs de stigmates de la syphilis héréditaire tardive, par TAVERNIER (*Ann. de Derm., n.* 8-9, 1887).

Dans le premier cas, la malade présentait le type de la dent d'Hutchinson avec une cicatrice blanche et lisse sur la cuisse droite ; deuxième cas, cicatrices fessières, dents mordillées, développement général incomplet, crâne natiforme, quatre frères ou sœurs morts en bas-âge sur neuf ; troisième cas, cicatrices fessières, taies de la cornée, incisives et canines mordillées, quatre frères ou sœurs morts en bas âge sur dix. Ces trois malades contractent la syphilis, et ont pu être suivis dans le service de Leloir. Sans s'arrêter à la possibilité de la réinfection, l'auteur croit plus sage de conclure avec Fournier que les stigmates habituels de la syphilis héréditaire tardive peuvent parfois n'avoir pas de valeur diagnostique absolue. F. BALZER.

Di una forma non ancora descritta di sifilide cutanea (Forme non décrite de syphilide cutanée), par SALSOTTO (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc. V*, 1887).

L'auteur décrit une forme spéciale de syphilides papulo-squameuses, du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, quelquefois en séries linéaires, quelquefois en cercles ; ces papules deviennent squameuses, s'aplatissent et se terminent par une macule cuivrée. Leur siège de prédilection est la face (joues, lèvres, nez, menton) d'où le nom de syphilide papulo-squameuse de la face proposé par l'auteur. Elle se montre pendant la période secondaire, et surtout pendant la première année de l'infection: elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sa durée est relativement longue (45 jours en moyenne, 24 jours dans les récidives), et les macules persistent longtemps. La récidive a quelquefois lieu au même siège. Par les symptômes et son évolution, cette syphilide se rapproche du psoriasis plantaire et palmaire. A la fin de son travail, l'auteur résume 53 observations dans un tableau synoptique.

F. BALZER.

I. — Manifestazioni tardive della sifilide, par N. FERRARA (*La Medicina contemporanea, juin* 1887).

II. — Precocious gummata (Des gommes syphilitiques précoces), par R.-W. TAYLOR (*Americ. Journ. of the med. sc., juillet* 1887).

I. — Ferrara décrit une forme rare et non encore signalée de gommes sous-cutanées apparaissant ordinairement très longtemps (20 à 30 ans) après le début de la syphilis, occupant de préférence le tronc et caracté-

risée par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, arrondie ou allongée, dure et indolente, constituée par plusieurs nodules très étroitement unis et adossés les uns aux autres; cette tumeur présente ce caractère important que, dans son accroissement, elle conserve sa forme originelle et ne présente pas de nodules de nouvelle formation secondaires aux premiers; ordinairement elle s'accompagne d'un léger engorgement indolent des ganglions lymphatiques les plus rapprochés. Le développement de la tumeur est extrêmement lent et elle met des années à atteindre le volume d'une orange ou d'une petite tête de fœtus; pendant tout ce temps, elle ne semble pas contracter d'adhérences importantes avec les parties voisines, ne se ramollit pas et ne s'ulcère pas. Cette forme de gommes semble se développer de préférence chez les sujets dont la syphilis a été légère. Elle peut facilement être confondue avec un sarcome, dont elle se distingue cependant par son évolution beaucoup plus lente, par l'absence de nodules nouveaux venant s'ajouter à la tumeur primitive, par la conservation indéfinie de la forme initiale, par l'absence d'adhérences et de ramollissement de la tumeur, par l'absence de généralisation métastatique, et enfin par la guérison merveilleuse sous l'influence du traitement spécifique. G. T.

II. — On peut distinguer en clinique trois formes de gommes syphilitiques précoces.

1° *Forme généralisée*, faisant parfois invasion dès la huitième semaine de l'infection; nombreuses petites tumeurs, dermiques ou sous-dermiques, d'un rouge vif d'abord, puis de plus en plus foncé, indolentes, à croissance très rapide, à siège le plus souvent symétrique; elles peuvent se terminer par résolution ou suppuration, dans un délai qui varie de 10 à 20 jours.

2° *Forme localisée*, ne différant de la précédente que par le petit nombre des tumeurs.

3° *Forme névritique;* dans les premiers mois de l'infection, pendant le cours ou le déclin d'une syphilide secondaire, se montrent des douleurs névralgiques intenses, soit le long d'un nerf cutané, soit sous forme de céphalée continue ou nocturne; douleurs rhumatoïdes dans les muscles ou les jointures, malaise général, puis apparition souvent aiguë des tumeurs gommeuses. Celles-ci s'accompagnent de douleurs névralgiques locales aussi vives parfois que dans le zona; à la palpation, gommes sous-cutanées, mobiles et isolées, ou agminées en plaques irrégulières.

Cette forme névritique peut être confondue avec l'érythème noueux. Sa description, basée sur 5 observations personnelles, constitue la partie originale et nouvelle du mémoire de Taylor. A. CHAUFFARD.

Sulla ipertermia sifilitica a tipo intermittente, par BARDUZZI (*Boll. della Soc. tra i cultori di sc. med. Anno V, n° 3*).

L'auteur croit la fièvre syphilitique moins fréquente que ne l'admet Fournier, mais il l'a observée dans cinq cas très nette et dégagée de toutes causes d'erreur telles que lymphangites, adénites, périostites, etc.... Cette fièvre appartient à la période secondaire, à la première année surtout, et devient exceptionnelle après la troisième. Barduzzi n'a observé que le type intermittent à accès quotidiens vespéraux ou noc-

turnes. La température peut s'élever jusqu'à 39,5 ; il n'y a pas de gonflement de la rate ; la fièvre cède au mercure. L'auteur ne donne pas les raisons de cette hyperthermie syphilitique : il se borne à établir une fois de plus son existence. F. BALZER.

Differentialdiagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre (Diagnostic différentiel des chancres syphilitiques), par WERTHEIM (*Wiener med. Blätter, n° 11, p. 329, 1887*).

Wertheim décrit le procédé microscopique suivant : on met quelques gouttes du pus à examiner sur un porte-objet.

On trempe d'autre part une baguette de verre dans une solution de vésuvine (0,001 0/0) ; puis on mêle la goutte qui y est suspendue au pus placé sur une des lames de verre. D'autre part, on prend une petite baguette très pointue, de préférence en bois de pin, on la trempe dans la goutte de pus qu'on a laissée au repos pendant 8 minutes, puis on l'applique sur un couvre-objet.

On trempe de nouveau la baguette de verre dans la solution de vésuvine et on la porte sur le côté du couvre-objet où la goutte se mêle au pus. On fait de même pour un deuxième, troisième et quatrième couvre-objet.

On met la préparation dans la solution suivante :

Soude caustique	0,528
Chlorate de soude	0,25
Chlorure de sodium	0,25
Eau distillée	100

dont on verse 8 centimètres cubes dans un verre de montre et où on laisse la préparation pendant huit minutes.

Au bout d'une heure à une heure et demie, il se forme trois sortes d'images qu'on peut voir au microscope ; ou bien on aperçoit un amas régulier de petits grains dans la préparation, ou bien on aperçoit une gerbe ou plusieurs sortant d'un même coin, se dispersant pour former dans la moitié de la préparation une ligne concave ; enfin on peut voir un mélange de grains et de gerbes, mais c'est une rareté.

La première disposition indique que le pus provient d'un chancre induré, la seconde qu'il provient d'un chancre mou. La troisième n'a aucune signification.

Wertheim pense que les différents virus produisent dans la solution saline employée des cristallisations diverses. BARBE.

Du chancre diphtéroïde, par Mahlon HUTCHINSON (*Journal of cut. and genito-urin. dis., n° 1, 1887*).

L'auteur rapporte trois cas intéressants d'ulcères vénériens compliqués d'exsudations diphtéroïdes. Dans les trois cas, les lésions étaient multiples, cinq ou six ulcérations recouvertes d'un exsudat d'un blanc sale que l'on pouvait détacher. En discutant ses observations, l'auteur veut surtout mettre en relief ce fait que les exsudations se sont développées sur des lésions chancriformes, mais qu'en réalité il s'agissait de lésions secondaires, de plaques muqueuses ulcérées, et recouvertes

d'exsudat diphtéroïde. Cet exsudat se développerait rarement sur le chancre initial. F. BALZER.

Sur l'origine hérédo-syphilitique de la kératite interstitielle, par TROUSSEAU (*Ann. de Derm.*, *n°* 7, 1887).

L'auteur résume dans 3 tableaux, 40 observations de kératite interstitielle. Le premier tableau résume 18 cas dans lesquels l'origine hérédo-syphilitique est au-dessus de toute contestation; le deuxième résume 10 cas où cette origine est bien facile à reconnaître; le troisième résume 9 observations sujettes à discussion. Dans aucune de ces observations l'auteur n'a pu trouver d'autre cause que la syphilis: l'ensemble des symptômes concomitants, les antécédents du malade, l'enquête sur les parents, tout concourt à établir nettement cette conclusion de l'auteur, que la syphilis héréditaire sera de plus en plus reconnue comme la cause majeure de la kératite interstitielle. F. BALZER.

Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué, par THIÉRY (*Gaz. méd. de Paris*, 19 *mars* 1887).

La cautérisation hâte la cicatrisation et guérit l'induration. On l'emploiera chaque fois que l'excision sera contre-indiquée pour un chancre anfractueux, mal limité, adhérent aux couches profondes. C'est le seul moyen de traitement efficace du chancre de la lèvre et de la langue.

L'excision sera pratiquée chaque fois que le volume et le siège du chancre le permettront. Elle est bénigne, peu douloureuse; la guérison est rapide (24 heures). On pourra la pratiquer alors que l'adénopathie ou la roséole témoignent de l'infection, car on ne se propose comme but que la guérison de l'accident primitif; c'est une guérison radicale et instantanée; la guérison du chancre devient ainsi plus rapide que son incubation. OZENNE.

I. — Sur les procédés de mercurialisation par voie hypodermique appliqués au traitement de la syphilis, par BESNIER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *mars* 1887).

II. — De la thérapeutique générale de la syphilis, par MARTINEAU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *mai* 1887).

III. — Ueber die Neisser'schen Calomel-Œlinjectionen, par HARTHUNG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 330, 1887).

IV. — Des accidents locaux déterminés par les injections de calomel et d'oxyde jaune suivant la méthode de Scarenzio, par BALZER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *mai* 1887).

V. — Des injections hypodermiques des sels insolubles de mercure, par GUELPA (*Bull. de thérapeutique*, 15 *avril* 1887).

VI. — Observations sur la préparation de solutions antiseptiques de sublimé par A. VICARIO (*Bullet. général de thérap.*, *p.* 446, 30 *mai* 1887).

VII. — Ueber hypodermatische Anwendung... (Sur l'emploi hypodermique du phénate de mercure dans la syphilis), par K. SCHADEK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *avril* 1887).

VIII. — Innerliche Anwendung des Hydrargiri... (Emploi interne du phénate de mercure dans la syphilis), par K. SCHADEK (*Ibidem, mars* 1887).

IX. — Due casi di glossite gommosa sifilitica curati mediante la iniezione intra-muscolare di calomelano, par SCARENZIO (*Rendiconto del R. Istituto Lombardo di Sc. e Lettere, vol. XX, fasc.* 10).

I. — Besnier déclare que les injections hypodermiques de mercure insoluble ne représentent autre chose qu'un mode d'introduction du mercure dans l'économie, et qu'elles ne sauraient en aucune façon constituer une méthode proprement dite de traitement de la syphilis, qu'elles sont incapables de guérir la syphilis. Il insiste sur les minuties de la technique, qui doit être antiseptique, et affirme n'avoir eu ni abcès, ni même de nodus avec l'oxyde jaune de mercure et l'eau, tandis qu'il en a eu avec le calomel, chez les femmes, beaucoup plus sujettes aux abcès que les hommes. Il conseille de pousser l'injection dans la région musculaire. Il injecte 10 centigrammes de calomel en une même séance, une moitié par fesse ; le chiffre doit s'abaisser jusqu'à 1 centigramme pour les enfants. Il espace les injections de 10 jours au moins. Les abcès après injections de calomel ont une marche insidieuse, et ne se manifestent par un nodus qu'au bout de 3 à 6 jours ; ils donnent issue à un sang noirâtre, puis à un liquide hématico-purulent. Les douleurs provoquées, les abcès ont déterminé dans son service d'hôpital un mouvement accentué de sorties. Avec les injections de calomel, les accidents communs : stomatite, entérorrhée, ne sont guère plus fréquents que par les autres procédés de mercurialisation. Il fait des réserves expresses au sujet de l'emploi de ce procédé chez les sujets ayant les systèmes artériel ou nerveux suspects. Besnier n'a pas constaté qu'il fût plus efficace, eût une action plus rapide ou plus profonde que les procédés anciens : frictions, pilules, etc., il n'empêche pas mieux que les autres les récidives. H. L.

II. — Deux principes dominent la thérapeutique de la syphilis : 1° médication de la syphilis et de ses diverses manifestations ; 2° médication du malade. Il n'emploie les frictions que pour les enfants au-dessous de quatre ans, et pratique assidûment les injections de mercure soluble. En 6 ans, il a soigné environ 6,000 malades, chacun a reçu en moyenne 30 injections. M. affirme que toutes les manifestations de la syphilis, quel que soit leur siège, cèdent promptement à l'action des injections hypodermiques de peptone mercurique. En 9 à 10 jours elles améliorent rapidement toute lésion syphilitique, et permettent ainsi de faire le diagnostic différentiel dans certains cas ambigus. Il emploie les injections pendant les 30 premiers jours du traitement, puis prescrit pendant un mois la solution de peptone hydrargyrique à la dose d'une cuillerée à café (5 milligr. de sublimé). Les injections n'ont déterminé aucun accident local, sont facilement supportées, ne donnent ni stomatite, ni troubles gastrio-intestinaux, urinaires, etc., ni intoxication mercurielle. H. L.

III. — Depuis le commencement de juin 1886, on pratique, à la clinique de Neisser les injections sous-cutanées du mélange suivant :

Huile d'olive.....	10 grammes.
Calomel à la vapeur.....	1 gramme.

On se sert d'une aiguille longue qui pénètre dans les muscles de la paroi abdominale. De cette façon, on épargne aux malades la douleur et l'on évite les abcès. Sur 82 syphilitiques à qui 225 injections ont été faites, on n'a noté que 6 abcès chez 4 malades, et ces 4 malades étaient des femmes.

Seulement, l'auteur ne croit pas, comme Balzer, qu'avec 40 centigrammes de calomel on puisse guérir définitivement la syphilis. L. GALLIARD.

IV. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, cachectisée, présentant des lésions gommeuses en voie d'ulcération sur le voile du palais et les amygdales, le 4 février on fait une injection sous-cutanée de 10 centigrammes de calomel; le 16 une de 10 centigrammes de précipité jaune, le 20 empâtement énorme de cette piqûre. Piqûres semblables le 4 et le 23 mars, qui produisent des indurations sans abcès. La malade succombe à de graves accidents pulmonaires, d'origine tuberculeuse. L'examen des foyers d'injection de la fesse montre des masses plus ou moins grosses, jaunes, contenant des granulations libres ou agglomérées, et des masses graisseuses, et très peu de leucocytes. L'examen histologique montre 3 zones : une centrale ramollie contenant des éléments cellulaires granuleux, se colorant mal ; une moyenne formée de cellules embryonnaires avec substance intercellulaire fibrillaire et quelques cellules géantes ; une troisième périphérique avec lésions inflammatoires nodulaires. En somme c'est un type de pseudo-tuberculose expérimentale. Les granulations noires qu'on trouve dans le foyer sont sans doute constituées par du mercure.

Dans un autre cas terminé par abcès, Balzer recueillit 10 grammes d'un liquide hématico-purulent, contenant des gouttelettes d'huile et des grumeaux, formés de tissu conjonctif et de fibres élastiques englobant des hématies, et des leucocytes; le pus renfermait beaucoup de gouttelettes d'huile, des leucocyles irréguliers granuleux et des hématies. La pile de Smithson montre l'existence de traces de mercure dans le liquide.

Du Castel communique le résultat d'injections de calomel et d'oxyde jaune pratiquées profondément sur un individu mort du fait d'accidents cérébraux ; des coupes ne révélèrent aucune altération de tissu, aucun résidu de la substance médicamenteuse, quoique dans les points injectés avec le calomel il se fût produit pendant la vie une réaction inflammatoire assez vive. Le malade était mort un mois après la dernière injection. H. L.

V. — Guelpa, contrairement à l'avis de Besnier, conclut que la méthode des injections hypodermiques des sels insolubles de mercure est préférable à la méthode de traitement interne employé universellement contre la syphilis. A. LESAGE.

VI. — Vicario et E. Deschamps ont repris les expériences d'Emmerich sur le pouvoir antiseptique comparé de solutions de sublimé pur et de solutions faites avec un mélange de sublimé et de chlorure de sodium, à parties égales. Le terrain de comparaison a été la gélatine peptonisée, ensemencée de staphylococcus pyogenes aureus. Leurs expériences confirment celles d'Emmerich, et démontrent que les solutions faites avec le mélange à parties égales de sublimé et de chlorure de sodium, sont au moins aussi antiseptiques que la liqueur de Van Sviéten Ils recommandent, dès lors, pour la préparation de ces solutions, le mélange suivant, fort soluble ; sublimé et chlorure de sodium, aa. J. WINTER.

VII. — Schadek a traité 10 syphilitiques par ces injections ; il les a pratiquées 112 fois. Elles étaient composées ainsi qu'il suit :

Phénate de mercure.....	2 gr.
Mucilage de gomme arabique.	4 »
Eau distillée.....	100 »

Il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° le phénate de mercure est une très bonne préparation pour les injections hypodermiques ; 2° il se résorbe facilement ; 3° qu'on l'introduise sous la peau ou dans les muscles, la réaction locale qu'il provoque est sans importance, la douleur est très légère et moindre que les injections avec les autres préparations mercurielles ; 4° il ne produit pas d'abcès ; les noyaux d'induration n'ont été que très rarement observés, et ont disparu rapidement ; 5° l'action du médicament sur les manifestations condylomateuses et gommeuses de la maladie est rapide ; 6° on peut penser que le phénate de mercure employé en injections présente de grands avantages sur les autres préparations mercurielles, car il est moins irritant.

VIII. — Gamberini a recommandé, en 1886, le traitement de la syphilis par le phénate de mercure, substance qu'il considère comme doublement parasiticide. Schadek a expérimenté une préparation analogue chez trente-cinq de ses malades; il l'administre en pilules de 0,02, généralement au nombre de 3 par jour ; elles sont bien supportées ; dans deux cas seulement elles ont provoqué une sensation de pression dans le bas-ventre ; cinq des malades ont eu une légère salivation. L'auteur conclut de ses observations que ce médicament agit activement sur les affections syphilitiques et particulièrement sur celle de la période secondaire et qu'il est mieux supporté que le calomel, le sublimé et le protoïodure.

H. HALLOPEAU.

IX. — Deux cas de syphilides gommeuses de la langue, tous deux avec ulcération prise pour un cancer, sans aucun traitement interne antérieur, ont été guéris par les injections intra-musculaires de calomel. La dose totale a été de 20 centigrammes. L'auteur insiste sur ces faits qui montrent une fois de plus l'excellence du mercure contre les accidents tertiaires.

F. BALZER.

De la persistance du gonococcus dans l'urètre après la miction et le lavage de l'avant-canal ; ses rapports avec les éléments figurés, par L. ORCEL (*Lyon méd.*, 4 *septembre* 1887).

1° Le gonococcus ne réside pas seulement dans le pus blennorragique, mais dans l'épaisseur des tissus;

2° La miction et même le lavage de l'urètre antérieur ne suffisent pas à l'en chasser et à mettre à l'abri de l'infection les parties profondes, quand on triomphe de la résistance du sphincter urétral ;

3° Le seul avantage de la miction avant l'administration de l'injection est de permettre à cette dernière d'agir plus longtemps;

4° Les gonococci dans le produit recueilli après miction ou lavage, sont presque toujours épars ou en groupes, mais hors des éléments figurés ; ils naissent donc indépendamment les uns des autres soit dans la profondeur, soit à la surface des tissus.

La pénétration du globule de pus par le gonococcus n'aurait lieu qu'à la surface du canal. A. CARTAZ.

A new color-test for the detection of the gonoccoccus, par Edmund C. WENDT (*Med. news*, 23 *avril* 1887).

Modification de la méthode de Roux (voy. *R. S. M.*, XXX, 242). Après avoir séché le liquide blennorragique à la température ordinaire entre deux plaques de verre, Wendt le colore avec deux gouttes de solution saturée de violet de méthyle dans l'eau d'aniline. On lave alors avec la solution iodo-iodurée de Gram, puis avec l'eau et l'alcool absolu. A ce moment, les gonocoques ont disparu, tandis que les autres micro-organismes sont bien colorés.

Ce signe négatif est caractéristique. Il n'y a pas besoin, d'après Wendt, d'employer l'éosine comme épreuve de comparaison. A. C.

Présence des microcoques de Neisser dans une métastase cutanée d'origine blennorragique, par SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 16, *p.* 496, 15 *août* 1887).

Un homme affecté d'uréthrite blennorragique depuis 2 mois, présentai au voisinage des genoux, des abcès cutanés multiples de la grosseur du poing. A l'incision, il s'écoula du pus sanguinolent dans lequel Sahli trouva en abondance, à l'intérieur des globules de pus, les microcoques de Neisser. Leur présence n'avait pas encore été signalée dans les manifestations cutanées. J. B.

Sulla virulenza del bubbone venereo (De la virulence du bubon vénérien), par BARDUZZI (*Boll. Soc. tra i cultori di sc. med. Anno V*, *n°* 3).

L'auteur a vérifié à Pise les résultats obtenus par Straus à Paris. Dans 20 cas d'auto-inoculations faites avec le pus du bubon au moment même de son ouverture, les résultats ont été négatifs. Dans 10 cas d'auto-inoculations faites trois jours après l'incision du bubon, les résultats ont été positifs. Pour Barduzzi, la vieille doctrine de la virulence primitive du bubon n'est pas exacte. Cette virulence primitive ne peut être qu'exceptionnelle, et l'auteur admet, avec Straus, que l'ulcération et l'inoculabilité du bubon dépendent du transport du virus vénérien provenant du chancre, sur la surface du bubon incisé, transport qui peut être fait souvent par l'intermédiaire des objets de pansement. F. BALZER

Die gonorrhoischen Infection beim Weibe (La blennorragie chez la femme), par E. SCHWARZ (*Sammlung klinische Vorträge*, *n°* 279).

La blennorragie est la plus fréquente des maladies des organes génitaux de la femme. Ce qui fait sa gravité c'est son extension à l'utérus, aux trompes, aux ovaires, au péritoine, et cette extension loin d'être l'exception est la règle. L'agent de la contagion est le gonocoque de Neisser, et seule la recherche microscopique peut permettre de déterminer si le pus est virulent ou non.

Parfois la blennorragie débute par de violents symptômes inflammatoires, elle peut s'étendre rapidement à l'utérus et à ses annexes, amener la formation d'abcès pelviens, et même entraîner la mort par péritonite. Le plus souvent, elle s'installe insidieusement ; elle peut

débuter par le col de l'utérus, et dans les formes tout à fait chroniques, les altérations se limitent aux muqueuses, qui sont pourvues d'un épithélium cylindrique. Lorsque le péritoine est envahi, le plus souvent l'inflammation se limite au petit bassin et elle y détermine la formation de fausses membranes, qui fixent les divers organes dans des positions anormales. D'après l'auteur, la plupart des fixations vicieuses de l'utérus ou de ses annexes, doivent être rattachées à la blennorragie. Après la période de début, les symptômes de la métrite, périmétrite, ovarite chronique récidivante prennent le pas sur les autres. D'après Schwarz, la blennorragie chez la femme est sûrement l'une des causes les plus fréquentes de la stérilité primitive ou secondaire, et des avortements.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Dans les formes aiguës, l'uréthrite est pathognomonique. L'inflammation de la glande de Bartholin et de son canal exréteur a presque la même valeur. La recherche des gonocoques, tranche la difficulté, mais elle n'est pas à la portée de tout le monde. Dans les cas chroniques, la difficulté est plus grande. Toutefois lorsque l'écoulement est réellement purulent, on peut dire qu'il est blennorragique.

Au point de vue prophylactique, il faut savoir que dans le plus grand nombre de cas les produits de sécrétion de la blennorragie chronique renferment des gonocoques.

Le traitement doit être différent suivant les formes. Dans les formes vésicales, il faut se méfier du lavage et du drainage de la vessie; ils sont très douloureux et semblent favoriser le développement de la néphrite. Dans la cystite blennorragique chronique, il se forme des ulcères au voisinage du col : et ces ulcères peuvent s'incruster de sels calcaires. Il faut alors les gratter avec la curette après avoir dilaté l'urètre. La cautérisation de l'urètre avec la pierre infernale est inutile.

Dans la blennorragie vulvo-vaginale, l'auteur fait un récurage de toutes les parties malades avec des tampons imbibés d'une solution de sublimé à 1 0/0. Puis il les saupoudre de iodoforme et ferme le vagin avec un tampon de gaz iodoformé. Ce pansement reste de 3 à 4 jours en place; il est rarement nécessaire de le renouveler plus de 2 fois. Dans un cas il a remplacé avec le même succès l'iodoforme par le calomel.

Quand l'utérus est pris, mais que les trompes sont libres, on peut encore espérer la guérison; mais elle est plus difficile à obtenir. Deux moyens sont en présence : l'irrigation continue avec une solution de sublimé à 0,05 0/0 ou d'acide phénique à 2 0/0, l'application sur la muqueuse utérine de teinture d'iode pure, ou de perchlorure de fer après dilatation du col.

Si l'affection a gagné les trompes et le péritoine, le traitement ne peut être que symptomatique, il faut surtout user de précautions, et savoir qu'une tentative de redressement de l'utérus, l'application d'un pessaire, des scarifications même peuvent déterminer une péritonite très grave. Lorsque les trompes sont devenues kystiques, il faut avoir recours au traitement chirurgical.

PIERRE DELBET.

Ueber den Sitz der gonorrhoischen Infection beim Weibe (Siège de l'infection blennorragique chez la femme), par STEINSCHNEIDER (*Berlin. klin. Woch., n° 17, p.* 301, 25 *avril* 1887).

De l'examen méthodique auquel il s'est livré sur 57 femmes pour rechercher les gonocoques de Neisser dans les diverses sécrétions des organes génito-urinaires, Steinschneider tire les conclusions suivantes :

1° Les régions les plus fréquemment atteintes par l'infection blennorragique sont l'urètre, la muqueuse du col et celle du corps de l'utérus.

2° Dans tous les cas de blennorragie récente, il existe une urétrite de même nature, lors même qu'elle n'est pas purulente.

3° Longtemps après que les gonocoques ont disparu de la sécrétion urétrale, on peut les retrouver dans celle du col et du corps utérins.

4° Chez l'adulte, on ne trouve pas de gonocoques établis sur la muqueuse de la vulve et du vagin. Lorsqu'on en rencontre dans les sécrétions de ces organes ils proviennent vraisemblablement de muqueuses voisines. J. B.

Ueber sekundäre Infection (Mischinfektion) bei Harnröhrentripper (Sur l'infection secondaire dans la blennorragie), par Max BOCKHART (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., n°* 19, 1887).

Bockhart rapporte deux observations, l'une de bubon suppuré, l'autre d'abcès périurétral, compliquant des blennorragies, dans lesquelles le pus ne renfermait que des staphylocoques. Sans doute, ils se sont introduits à travers les interstices épithéliaux de la muqueuse enflammée et ils ont été ensuite transportés à distance par les lymphatiques. L'auteur a constaté que ces staphylocoques se rencontrent assez souvent en même temps que les gonocoques dans le pus blennorragique; on y trouve souvent aussi d'autres variétés de bactéries. Si les infections secondaires ne sont pas plus fréquentes, c'est que leur cheminement à travers la paroi enflammée de la muqueuse est très difficile, les globules blancs accumulés leur opposant comme un rempart qu'il leur faut franchir; c'est par cette raison que les complications de la blennorragie sont relativement rares; on ne peut savoir actuellement dans quelle proportion elles sont provoquées par les gonocoques eux-mêmes ou par les microbes vulgaires du pus. H. HALLOPEAU.

Parotitis complicating gonorrhea, par B.-F. CURTIS (*New York med. journ. p.* 346, 26 *mars* 1887).

L'auteur a observé deux cas de parotidite blennorragique, ou plutôt de fluxion parotidienne, car la suppuration n'a pas eu lieu. Dans les deux cas, il croit pouvoir repousser l'hypothèse d'oreillons survenant chez des blennorragiques ; d'autre part ses malades n'avaient ni épididymite, ni prostatite.

1° Laboureur irlandais, âgé de 30 ans, atteint de blennorragie depuis sept semaines, et, depuis cinq semaines, de bubon volumineux à l'aine gauche. On a vu, il y a quare jours, le côté gauche de la face se tuméfier et l'on constate maintenant du gonflement et de la chaleur de la région parotidienne. Sept jours plus tard legonflement a disparu spontanément.

2° Blennorragie légère, datant de 3 jours chez un homme de 22 ans, observée le 26 juin 1885. Le 10 juillet, apparition d'un gonflement douloureux de la région parotidienne droite. Injections uréthrales. La fluxion parotidienne diminue graduellement et disparaît. L. GALLIARD.

I. — Ueber das Verhalten der Gonococcen zu Thallinsalzen (De l'action parasiticide des sels de thalline, notamment sur les gonocoques), par E. KREIS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 1. p. 9, 1er janvier* 1887).

II. — Ueber Behandlung der Gonorrhœ... (Traitement de la blennorragie par la thalline), par GOLL (*Ibidem, p.* 11).

I. — Il résulte des expériences de Kreis que les gonocoques ne se développent pas dans un sol nourricier contenant de la thalline, et que les cultures de ces micro-organismes meurent lorsqu'elles ont été quelque temps en contact avec cette substance.

La thalline a un effet analogue sur le charbon et le staphylocoque doré. Elle ralentit aussi d'une façon très nette la fermentation ammoniacale de l'urine.

II. — Sur le conseil de Kreis, Goll s'est servi de sulfate de thalline dans la blennorragie de l'homme, aiguë ou chronique ; il a obtenu de très bons résultats. Le seul inconvénient de la thalline, c'est qu'elle tache le linge en jaune orangé, en vertu sans doute d'une oxydation.

Goll, sans attendre la disparition de la phase inflammatoire initiale, a pratiqué chez des blennorragiques des injections de sulfate de thalline à concentrations diverses. Sous l'influence de cette médication, les phénomènes inflammatoires ont rapidement disparu, la sécrétion, de purulente, est devenue muqueuse puis a diminué. C'est la solution à 2 ou 2 1/2 0/0 qui semble le plus convenable ; les solutions plus fortes sont trop irritantes. La thalline a paru abréger de 10 à 18 jours la durée du traitement ordinaire.

Administrée à l'intérieur chez un jeune homme atteint de blennorragie chronique et chez un vieillard affecté de cystite chronique, la thalline a également modifié rapidement les caractères de l'urine. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — De la cure en deux temps (Exérèse. Anaplastie) de certaines tumeurs de la face, par MÉTAXAS-ZANI (*Thèse de Paris*, n° 203, 1887).

II. — Eine neue Methode der Rhinoplastik, etc. (Nouvelle méthode de rhinoplastie pour les nez en selle), par ISRAEL (*XVIe cong. des chirurg. allem. — Cent. f. Chirurg.*, 1887).

III. — Plasticher Ersatz der Wangenschleimhaut (Préparation plastique de la muqueuse de la joue), par Rob. GERSUNY (*Cent. f. Chirurgie, n°* 38, 1887).

IV. — Operation for removal, etc. (Ablation d'une tumeur kystique colossale du maxillaire inférieur, par B. ROGERS (*Annals of surgery, p.* 126, *août* 1887).

V. — 1° Epulis ; 2° Epithélioma de la pulpe de la dent, par TÉDENAT (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 26, 1887).

VI. — Ueber Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen (De l'hypertrophie des follicules clos de la langue), par Otto SEIFERT (*Berlin. klin. Woch.*, n° 9, *p.* 344, 9 *mai* 1887).

VII. — Grenouillette génienne, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 40, 1887).

I. — Dans le premier chapitre de ce travail, Métaxas établit nettement la définition des différents procédés d'anaplastie; il étudie d'une façon générale la cure en deux temps des tumeurs de la face et montre que la conservation d'une plaie béante, après l'ablation, dans une première séance, du néoplasme superficiel ou profond a pour but :

1° De profiter des ressources de la cicatrisation spontanée, quand il s'agit d'une perte de substance plus ou moins étendue;

2° De surveiller la récidive et de l'attaquer dès son apparition.

3° D'obtenir une antisepsie rigoureuse dans certains cas (plaies cavitaires).

Dans une séance ultérieure, on pratique une anaplastie secondaire et tardive pour compléter l'œuvre de la réparation spontanée, quand celle-ci a été impuissante à réparer complètement les désordres. L'anaplastie tardive peut nécessiter plusieurs séances opératoires comme l'exérèse elle-même.

Après un chapitre consacré à l'historique, l'auteur aborde dans la troisième partie de sa thèse, le point capital de la question, l'étude comparative des résultats fournis par les restaurations spontanées ou par les anaplasties immédiates. Il montre d'abord l'efficacité des restaurations spontanées, envisageant la marche de la réparation cicatricielle successivement aux joues, aux lèvres, aux paupières, au nez; les pertes de substance même très étendues de toutes ces parties pouvant très souvent être presque complètement comblées par la rétraction du tissu cicatriciel. En opposition avec ces résultats de la réparation spontanée, sont exposées les difficultés parfois considérables des restaurations immédiates puis surtout les accidents consécutifs à ces anaplasties, parmi lesquels les affections septiques, l'érysipèle tiennent la première place.

C'est surtout pour les plaies cavitaires, avec grandes pertes de substance qu'il importe, d'après l'auteur, de ne point tenter de réunion pour laisser largement béante et aux antiseptiques une cavité qui pourrait rapidement devenir un foyer d'infection.

Enfin, un quatrième argument invoqué en faveur de l'anaplastie tardive est la nécessité de surveiller la surface opératoire après l'ablation d'un néoplasme de façon à pouvoir combattre dès qu'ils paraissent les moindres noyaux de récidive.

Mais cette méthode ne doit pas être appliquée rigoureusement dans tous les cas. Aussi l'auteur distingue-t-il plusieurs cas dans ses conclusions :

a) Après l'ablation d'une tumeur bénigne, la réunion immédiate doit être faite.

b) On doit aussi faire la réunion ou l'anaplastie immédiate après l'ablation de tumeurs récidivantes superficielles à conditions qu'elles soient

peu étendues et que la réparation n'exige pas de manœuvres opératoires trop pénibles. La portion superficielle du mal rend facile la surveillance de la cicatrice au point de vue de la récidive.

c) Si, après l'ablation d'une tumeur maligne, il reste une perte de substance d'une certaine étendue, difficile à réparer immédiatement, il y a alors tout avantage à attendre l'évolution de la restauration spontanée et à rejeter à plus tard l'anaplastie pour toutes les raisons indiquées plus haut.

d) C'est pour la surveillance de la récidive et l'antisepsie plus facile de la cavité opératoire qu'il est utile de laisser béantes ou de ne réunir que partiellement, suivant les cas, les plaies, sans perte de substance notable qui résultent des opérations préliminaires faites dans le but de rendre possible l'exérèse de certains néoplasmes siégeant dans la cavité de la face. C. WALTHER.

II. — Israel décrit un nouveau procédé qui pare aux inconvénients de celui de Kœnig.

On prend sur le front un lambeau large de 7 millimètres, comprenant la peau et le périoste. On le rabat en laissant la face cruentée en dehors, et on l'abandonne à la cicatrisation jusqu'à ce que les deux tiers de sa circonférence soient cutinisés. Il reste alors à faire les parties latérales du nez. Pour cela, on fait une incision verticale sur le milieu du nez enfoncé, et on relève de chaque côté un lambeau cutané quadrangulaire. Ces deux lambeaux sont destinés à être ramenés par-dessus le lambeau frontal, la face cruentée en dedans. On double cette face interne cruentée en détachant et rabattant d'avant en arrière la peau des parties latérales du lambeau frontal rabattu. Israel présente deux malades opérés par ce procédé avec un très beau résultat. PIERRE DELBET.

III. — Il s'agissait d'une récidive d'épithélioma sur la muqueuse de la joue. Pour réparer la perte de substance, l'auteur fit l'autoplastie suivante : il fit une incision verticale allant de la commissure labiale au bord inférieur de la mâchoire. Sur l'extrémité inférieure de celle-ci, il fit tomber une seconde incision horizontale allant jusqu'à l'angle du maxillaire. De cette dernière, il fit partir deux incisions descendantes, légèrement obliques l'une en avant, l'autre en arrière, et allant s'unir à angle aigu sur le cou ; le lambeau cutané fut disséqué jusqu'à l'incision horizontale, de telle sorte qu'il n'avait plus d'adhérences qu'avec le périoste ; ce lambeau fut relevé et rabattu l'épiderme en dedans, et suturé avec la muqueuse buccale. On put suturer également la plaie d'emprunt. Le tout réunit par première intention. Le résultat heureux de cette tentative prouve qu'un lambeau cutané est suffisamment nourri avec un pédicule exclusivement formé de tissu conjonctif PIERRE DELBET.

IV. — H. M., 40 ans, porte depuis quinze ans une tumeur de la mâchoire inférieure ; actuellement son volume est considérable, et augmente rapidement ; de nature nettement kystique, après avoir rempli la cavité buccale, elle a gagné au dehors et occupe tout le corps du maxillaire ; elle est ulcérée, sanieuse, indolore, sans engorgement ganglionnaire. Du menton à la suture lambdo-pariétale, la circonférence est de 42 pouces. — Le 26 février 1886, Rogers enlève la tumeur avec le corps entier du maxillaire, sans accidents. Le 5e jour, le patient pouvait se tenir assis dans son lit, et se trouvait bien portant : dans la nuit il eut un frisson, et le 6e jour à midi, il mourait de congestion.

La tumeur pèse 7 livres 1/4 ; son diamètre transversal est de 9 pouces et demi, son épaisseur, sur la ligne médiane de 7 pouces 3/4 : c'est un kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. MAUBRAC.

V. — 1° Homme de 30 ans, dents saines. A 27 ans, tumeur dans le sillon antérieur qui sépare les deux bicuspides inférieures gauches; elle acquiert en 5 mois le volume d'un pois. En mai 1883, excision et cautérisation. Récidive en décembre. En avril 1884, la tumeur est grosse comme une cerise, la première molaire, paraissant ébranlée, est arrachée; la tumeur s'implante sur elle par un pédicule qui pénètre dans le cément. La dent est saine. La tumeur est un sarcome fasciculé. Pas de récidive.

L'auteur propose de donner à cette variété d'épulis, dont il rapporte d'autres observations analogues, le nom d'ostéo-sarcome cémentaire.

2° Homme atteint de douleurs vives au niveau d'une molaire non cariée; la dent prend ensuite une couleur ardoisée, la partie triturante tombe et l'on voit dans la dent une tumeur qui végète et exhale une odeur fétide. La dent est arrachée, les racines sont saines. Un an après récidive, résection d'une portion du maxillaire. Au microscope, on reconnaît un épithélioma tubulé. Ce cas est unique dans la science : épithélioma térébrant de la pulpe d'une dent non cariée et saine en apparence. A. DUCAMP.

VI. — L'hypertrophie des follicules de la base de la langue est le plus généralement la conséquence de leur inflammation chronique. Toutefois, d'autres causes, telles que la tuberculose, peuvent aussi provoquer une augmentation de volume de ces glandes. L'aspect de la base de la langue varie suivant que les follicules hyperplasiés sont plus ou moins nombreux, suivant aussi qu'ils se présentent en séries régulières ou au contraire rangés sans aucun ordre. Parfois l'hypertrophie glandulaire est assez considérable pour masquer entièrement le bord de l'épiglotte.

Dans bon nombre de cas, l'hypertrophie des follicules linguaux ne se traduit par aucun symptôme, mais quand les glandes hypertrophiées se mettent en contact avec l'épiglotte, les malades accusent des sensations variées. C'est souvent l'impression d'un corps étranger placé dans la gorge et qui les oblige à faire des mouvements répétés de déglutition à vide. D'autres éprouvent un sentiment de pression au niveau du cou, surtout quand ils ont parlé un certain temps; ou bien la parole est douloureuse sans que la voix soit altérée. Parfois les douleurs produites par la déglutition irradient vers l'oreille. Enfin, cette affection peut occasionner de véritables accès de dyspnée, une sorte d'asthme en gênant et irritant l'épiglotte. J. B.

VII. — Homme de 33 ans, présente, à la joue gauche, une tumeur fluctuante remontant à 30 ans, étendue de la commissure labiale à la partie moyenne du masseter et occupant toute la hauteur de la joue. Un stylet introduit dans le canal de Stenon passe entre la peau et la tumeur. L'auteur pense à une grenouillette provenant des glandules géniennes et incise la face interne; un liquide séreux s'écoule, le doigt pénètre entre le buccinateur et le masséter. Le lendemain, reproduction partielle, les bords de l'incision accolés sont séparés, excision d'une partie de la paroi interne; un jour après, cautérisation au nitrate d'argent. La guérison ne survenant pas, Dubrueil incise la face cutanée et excise la portion postérieure de la poche. Guérison. L'existence de fibres du buccinateur sur les lambeaux de la paroi interne et la dernière opération prouvent que le kyste est né dans les glandules de la face externe de ce muscle. A. DUCAMP.

Sur le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure; ses relations avec le système déntaire, par A. BROCA (*Soc. anat.*, *t. Ier*, *p.* 255, 1887).

Broca présente dix-huit observations ou dissections inédites, dont

quatorze seulement sont complètes ; ces dernières sont toutes confirmatives des idées émises par Albrecht (*R. S. M.*, XXVI, 713).

Des faits qu'il a pu examiner, Broca tire les conclusions suivantes :

Le bec-de-lièvre complexe vulgaire sépare l'incisive médiane de l'incisive latérale ; il ouvre la narine.

Quand il est bordé par la canine et par une incisive, généralement l'incisive latérale manque et l'incisive médiane est celle qui borde le second côté de la fissure.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral, le tubercule osseux porte généralement deux incisives ; quand il en porte quatre, les deux latérales sont souvent supplémentaires, l'incisive précanine existant sur la lèvre externe de la fissure.

Aussi est-il possible que quelques cas où la fissure passe entre la canine et deux incisives de ce côté soient explicables par la combinaison de l'atrophie de l'incisive latérale et de l'existence d'une incisive supplémentaire.

Il ne faut pas nier le bec-de-lièvre tel qu'on le comprenait autrefois ; son existence seule peut expliquer la fente faciale qui n'ouvre pas la narine.

La théorie qui explique le mieux les faits, est celle qui admet quatre bourgeons nasaux formant les quatre os intermaxillaires.

Peut-être le bec-de-lièvre est-il souvent causé par un défaut de longueur du bourgeon nasal externe. MAUBRAC.

Traité des kystes congénitaux, par **LANNELONGUE** et **ACHARD** (*In-8°, Paris*, 1886).

Prenant comme base de leur classification les caractères anatomiques de la paroi, les auteurs divisent les kystes congénitaux en : 1° *kystes dermoïdes ;* 2° *kystes mucoïdes ;* 3° *kystes séreux*. Enfin, dans une quatrième partie, ils rassemblent les kystes divers, qui n'ont pu rentrer dans les catégories précédentes.

Kystes dermoïdes. — Leur caractère fondamental, c'est l'existence de *cavités dermoïdes*. Les auteurs les étudient d'abord au point de vue topographique. Ils montrent que, pour les doigts et l'iris, bien des observations doivent être tenues pour suspectes. Les tumeurs du siège et des maxillaires sont fort complexes et sont reliées aux monstruosités par une série ininterrompue.

Le contenu est tantôt une sérosité jaunâtre ou roussâtre plus ou moins épaisse, tantôt une matière grasse liquide (kystes huileux). Ce peut être aussi un liquide clair comme de l'eau de roche.

La paroi présente les caractères généraux du tégument externe. Si on passe en revue les différents tissus qui peuvent entrer dans la constitution des kystes dermoïdes, on trouve : les cellules et les fibres nerveuses, dont la fréquence est peut-être plus grande qu'on ne le croit ; des os fréquemment enveloppés de périoste, mais le plus souvent informe ; du cartilage ; des fibres musculaires lisses, qui ne sont pas rares ; des fibres striées, qui le sont extrêmement ; du tissu lymphoïde ; des cellules pigmentées ; du tissu adipeux souvent abondant. Ajoutons que les tumeurs dermoïdes peuvent devenir le siège de formations pathologiques, et même de véritables néoplasmes.

Parmi les théories pathogéniques, la plus ancienne est celle de la diplogenèse par inclusion. Cette théorie n'est pas générale; elle est en désaccord avec plusieurs particularités de structure des tumeurs dermoïdes, elle ne convient qu'à des cas rares et exceptionnels. La théorie de l'hétérotopie plastique ne peut plus se défendre. La genèse directe est contraire à toutes les données histogénétiques. La théorie de l'enclavement que les Allemands attribuent à tort à Remak ou à Roser a été proposée par Verneuil en 1855. Dans cette théorie, il faut considérer la cavité et la paroi dermoïdes, comme une ectopie non pas seulement des éléments épithéliaux, mais du tégument externe tout entier. Il est à remarquer que les glandes sudoripares et les papilles manquent souvent dans la paroi des kystes dermoïdes. Or, ce sont précisement les organes qui paraissent en dernier lieu dans le développement du tégument externe. C'est donc là un caractère fœtal de la paroi du dermoïde. Enfin, il faut signaler que cette paroi a les mêmes aptitudes physiologiques et pathologiques que le tégument normal. L'expérimentation est venue apporter son contingent à la théorie de Verneuil. En outre, le siège habituel des kystes dermoïdes permet de comprendre le mécanisme de l'enclavement. Dans certaines régions cependant, il faut invoquer les adhérences profondes ou les plicatures de la peau indiquées par Verneuil.

Quant aux kystes composés, l'enclavement d'une portion du tégument externe ne suffit plus pour les expliquer. On doit supposer que les éléments des autres tissus ont été enclavés ou déplacés en même temps. Ce phénomène est aisé à comprendre pour les dermoïdes complexes de l'ovaire et du testicule. Quant aux tumeurs dermoïdes complexes de la cavité thoracique et des mâchoires, leur pathogénie est inconnue. Pour les kystes qui renferment des vestiges authentiques de parties fœtales, il est plus rationnel d'admettre deux mécanismes, la production de cavités kystiques d'une part, et de l'autre l'existence d'un centre de développement supplémentaire.

Les auteurs passent ensuite en revue les productions non kystiques à structure dermoïde, dont la conjonctive est le siège de prédilection; ils admettent la théorie de van Duyse. Pour ce qui est des productions dermoïdes des voies urinaires, ils admettent les trois ordres de causes signalées par Rayer.

Étudiant ensuite les productions connues sous le nom d'appendices auriculaires, auricules surnuméraires, etc., qu'on ne trouve qu'à la région fœtale inférieure et au cou, Lannelongue, après avoir montré qu'on n'est point autorisé à admettre que les tumeurs aient toujours été en continuité avec le cartilage de Meckel, les envisage comme une anomalie de l'appareil branchial et les nomme *fibro-chondromes branchiaux*.

Kystes mucoïdes. — Ici la structure de la paroi kystique est celle d'une muqueuse. Au cou, on trouve les kystes thyro-hyoïdiens à épithélium vibratile. Aux membres, on connaît un cas de kyste mucoïde prétibial. Dans les tumeurs dermoïdes de la cavité thoracique de l'ovaire, du scrotum, de l'orbite, de la région des maxillaires, on trouve des kystes à parois mucoïdes. Au point de vue pathogénique, on peut dire que c'est la même cause perturbatrice qui intervient dans la formation des cavités

mucoïdes et dans celle des cavités dermoïdes; la localisation seule diffère et porte particulièrement sur le feuillet interne.

Kystes séreux.— Tous sont de même nature et rien ne justifie la division en kystes simples et composés, unis et multiloculaires. Leur siège de prédilection est le cou, d'où ils peuvent pénétrer dans le médiastin. On les a observés au bras, à l'avant-bras, au siège où ils peuvent coexister avec le spina bifida. Les chylangiomes de la cavité abdominale doivent être rangés dans cette catégorie. Après avoir soigneusement étudié les variétés anatomiques (kysto-lipomes, kysto-sarcomes), les auteurs arrivent à la pathogénie. Le développement aux dépens des organes à vésicules closes est rejeté. L'origine lymphatique, bien que probable, n'est pas encore démontrée. Le seul traitement efficace est l'extirpation complète, qui n'est pas toujours possible. L'électrolyse, entre les mains des auteurs, a donné un résultat encourageant sur deux cas.

Kystes congénitaux divers. — Dans ce chapitre en quelque sorte complémentaire, les auteurs passent en revue : les kystes qui se développent aux dépens des cavités séreuses; les kystes de l'appareil visuel, ceux de la cavité buccale; les kystes du larynx, du corps thyroïde; les kystes préœsophagiens; ceux de l'intestin, de l'appareil urinaire et de l'appareil génital, et enfin les tumeurs congénitales du siège. Ces dernières tumeurs sont souvent fort complexes; et on les trouve parfois combinées avec de véritables monstruosités doubles. PIERRE DELBET.

Appendices congénitaux de la région auriculaire et du cou (fibrochondromes branchiaux de Lannelongue), par Jacques-A. REVERDIN et Albert MAYOR (*Revue médic. Suisse romande, VII*, 458, *août* 1887).

Reverdin rapporte, sous ce titre, cinq observations, dont quatre chez des enfants, de tumeurs congénitales de volume médiocre, tantôt sous forme d'un petit bouton, tantôt sous celle d'une petite tige, longue de 1 centimètre ou un peu plus, renflée à son extrémité, tantôt sous la forme d'une tige terminée par deux bifurcations divergeant à angle obtus. Ces appendices, revêtus d'une peau normale, quelquefois couverte de poils follets, sont ordinairement durs à l'intérieur, ce qui est dû à la présence d'une sorte de squelette cartilagineux, à structure réticulée; mais ils peuvent être aussi complètement mous, sans squelette. L'appendice à tige cartilagineuse centrale est dressé, rigide. Cette tige cartilagineuse paraît plonger plus ou moins profondément dans les tissus voisins.

Ces productions ont été observées autour de l'oreille et particulièrement au niveau du tragus, qui semble alors avoir subi un arrêt de développement à sa partie supérieure ; le sillon qui le sépare de l'hélix est plus large qu'à l'état normal, et c'est là que l'appendice prend racine.

Lannelongue en a observé un cas à la face muqueuse de la lèvre, et, ainsi que Reverdin, un autre cas à la partie latérale du cou.

Il s'agit là d'une anomalie congénitale, assez souvent symétrique et quelquefois héréditaire.

Reverdin préfère la désignation d'appendices congénitaux à celle de fibrochondromes branchiaux, qui ne lui paraît pas complètement justifiée. J. B.

I. — **Zur Casuistik der Kopfverletzungen (Étude clinique sur les traumatismes de la tête), par GINGER** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVI, p.* 216-288, 1887).

II. — **Blessure pénétrante du crâne par arme à feu; guérison, par BERRA** (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 414-419, 1887).

III. — **Discussion par VERNEUIL et MONOD** (*Ibidem, p.* 424 *et* 428).

IV. — **Note sur les plaies pénétrantes du crâne par armes à feu, par FOLET** (*Ibidem, p.* 482-484).

V. — **Remarks on ten consecutive cases of operations upon the brain... (Note sur 10 cas d'opérations sur le cerveau), par Victor HORSLEY** (*Brit. med. journ., p.* 863, *avril* 1887).

VI. — **Case of pachymeningitis interna... (Pachyméningite hémorragique; trépanation), par GRAINGER STEWART** (*Brit. med. journ., p.* 877, *avril* 1887).

VII. — **Trephining... (Trépanation dans un cas d'hématome interméningé; guérison), par ARMSTRONG** (*Journal of Americ. med. Assoc., p.* 679, 18 *juin* 1887).

VIII. — **Penetrirende Stichwunde des Schädels, Aphasie und Hemiplegie... (Plaie pénétrante du crâne, aphasie, hémiplégie, trépanation; guérison), par R. SCHNEIDER** (*Archiv für klin. Chir., Band XXXIV, Heft* 3).

I. — Ce travail contient l'analyse des cas observés à la clinique de Czerny à Heidelberg de 1877 à 1884; il comprend: 90 plaies des parties molles, 23 fractures ouvertes de la voûte du crâne, 12 fractures de la base du crâne, et 8 traumatismes avec symptômes cérébraux sans lésion extérieure.

Pour les plaies des parties molles, il y a eu 6 érysipèles, dont un mortel. 2 de ces malades se trouvaient au moment de leur accident dans des maisons habitées par des érysipélateux. Ginger signale, après les blessures graves de la tête, le développement possible de névralgies par suite de la rétraction cicatricielle. Après les fractures du crâne, on peut aussi voir survenir tardivement des névroses ou des troubles de l'intelligence.

Czerny a fait la trépanation pour 14 cas de fracture, pour les indications suivantes:

a. Fractures esquilleuses pour enlever les esquilles et désinfecter. *b.* Abcès du cerveau. *c.* Enfoncement osseux, dans une plaie ouverte, paraissant la cause de douleurs violentes et d'insomnie. 9 fois la trépanation a guéri ou soulagé les blessés; 5 fois elle n'a pas empêché la mort. Outre ces 5 trépanés, 4 autres malades sont morts.

Comme pronostic, le degré et la durée des phénomènes cérébraux immédiats ont une grande importance; la lésion d'une zône motrice doit faire prévoir une restauration fonctionnelle incomplète, et les paralysies qui n'ont pas disparu après 5 à 6 mois, ont chance de rester définitives.

Les fractures de la voûte du crâne avec extension notable à la base sont d'un pronostic absolument défavorable.

Les cas de commotion cérébrale sans lésion osseuse, dus sans doute à la formation d'un exsudat résorbable ou d'une apoplexie capillaire, sont en général sans gravité, mais il est bon de ne porter qu'un pronostic réservé.

MAURICE HACHE.

II.—Un jeune homme de 20 ans se tire, à la tempe droite, une balle de revolver du calibre de 12 millimètres : hémorragie assez abondante, céphalée intense, tendance au sommeil. 3 heures après, issue de matière cérébrale par la plaie ; le troisième jour, état général satisfaisant, mais perte de la vision de l'œil droit. Berra introduit alors dans le trajet une sonde en gomme n° 6 qui pénètre transversalement de 10 centimètres et bute contre un corps dur et résistant ; l'auteur en conclut que la balle s'était logée dans le corps du sphénoïde. Après des accidents inquiétants (lenteur du pouls, vomituritions, céphalée), la convalescence s'établit, et le blessé retourne chez lui 6 mois après l'accident. 6 mois plus tard, la guérison ne s'était pas démentie.

Chauvel désapprouve absolument la tentative d'exploration, inutile et dangereuse dans le cas particulier.

III. — Verneuil conseille l'abstention de toute exploration du trajet, et rapporte à l'appui de son opinion, 5 observations personnelles et une due à Souloniac.

a) Jeune homme de 16 ans. Balle de carabine de 9 millimètres reçue en plein front. Perte de connaissance. Agitation. Délire. Mort sans intervention le lendemain. Pas d'autopsie.

b) Coup de revolver dans l'oreille droite. Un médecin enfonce une sonde cannelée à 8 ou 10 centimètres de profondeur. Plaie simplement pansée à plat. Guérison constatée de nouveau très longtemps après.

c) Homme de 52 ans. Deux balles de revolver dans le front. Aucun trouble fonctionnel autre que de la polyurie. Reprend son travail le 12e jour. Rentre à l'hôpital 10 jours plus tard avec une tumeur fluctuante et réductible, animée de battements, sans trouble fonctionnel. Après diverses alternatives, ce blessé meurt au bout de 2 mois et demi de 2 abcès du cerveau développés autour des projectiles.

d) Coup de revolver derrière l'oreille droite. Perte de connaissance. Paralysie faciale. Verneuil régularise la plaie d'entrée sans aucune recherche intra-crânienne. Mort de coma dans la journée. A l'autopsie, esquilles projetées par la balle dans le lobe sphénoïdal droit, qui est détruit, mais pas de balle dans le cerveau.

e) Homme de 50 ans. Coup de revolver dans l'oreille gauche. Demi-coma. Paralysie faciale. Expectation. Guérison sans accident.

f) Enfant de 5 ans. Balle de revolver dans le crâne avec issue de matière cérébrale. Coma 2 jours ; aphonie 15 jours ; paralysie plusieurs mois. Guérison absolue, se maintenant au bout de 2 ans sans aucun trouble intellectuel.

Monod a vu 3 cas analogues qui lui paraissent plaider en faveur de l'abstention complète :

g) Coup de fusil dans l'œil gauche. Aphasie transitoire. Guéri au bout d'un mois sans intervention.

h) Quatre balles de revolver dans la tête, au moins une dans le crâne. Dépression et torpeur pendant quelques jours. Actuellement en pleine voie de guérison, sans exploration ni intervention.

i) Fracture esquilleuse de la fosse temporale droite par balle de revolver Extraction des fragments et exploration ménagée de la plaie, qui reste négative. Issue de matière cérébrale. Pas d'accidents jusqu'au 5e jour, puis fièvre brusque, coma, et mort en 24 heures.

Le Dentu a vu un cas qui démontre que la balle peut ne pas être la cause des accidents :

j) Balle de revolver dans le front. Les symptômes font penser à une lésion du lobe occipital près du cervelet. Trépanation repoussée après discussion. L'exploration du trajet ne laisse pas sentir le projectile. Mort. A l'autopsie, il y avait un abcès sur le trajet de la balle, mais celle-ci était enkystée 3 ou 4 centimètres plus loin.

Lannelongue, Marc Sée, Kirmisson, Terrier et Reclus, qui a vu guérir 8 de ses blessés sur les 9 qu'il a observés, se prononcent aussi contre l'exploration immédiate, réservant l'exploration et l'intervention pour les cas où des accidents se déclarent.

IV. — Folet, tout en concluant à l'abstention, rapporte 2 cas où une exploration immédiate n'a donné aucun résultat, mais n'a pas eu d'inconvénients. Seul, Peyrot défend l'exploration immédiate, entourée de précautions rigoureuses, qui ne peut avoir de dangers, et renseigne sur la possibilité de l'extraction, toujours préférable quand elle est possible à cause des accidents éloignés. MAURICE HACHE.

V. — Dans cette deuxième note (voy. *R. S. M.*, XXIX, 647), Horsley analyse 10 cas d'intervention chirurgicale pratiquée sur le crâne et le cerveau à l'occasion de tumeurs, de cicatrices vicieuses, d'anciennes fractures, d'épilepsie même. Il indique strictement la conduite à tenir et les précautions à prendre pour éviter les complications ultérieures. La difficulté en pareil cas réside moins dans le mode opératoire que dans la précision du diagnostic. Il résulte de ces 10 cas que la vie, d'abord, loin d'être compromise par l'opération, est presque toujours notablement prolongée, même quand les accidents sont très graves et causés par une tumeur gliomateuse. Les effets sur la paralysie sensitive sont toujours excessifs ; ceux sur la paralysie motrice sont moins durables et parfois font défaut. Les crises épileptiques se sont presque toujours éloignées et parfois même ont disparu. H. R.

VI. — Homme de 44 ans. Chute sur la tête le 1er janvier 1887 ; aucun accident immédiat, mais céphalée persistante pendant les 8 jours qui suivent. Bientôt après, sensation de faiblesse qui va s'accentuant au point d'empêcher la marche et de gêner la station debout. A l'examen, parésie des membres inférieurs sans anesthésie, réponses embarrassées, intelligence déprimée, vue conservée, mais pupilles inégales; névrite optique double à l'ophtalmoscope.

On diagnostique une contusion du cervelet, avec contre-coup sur les lobes frontaux.

Le 29 février, hémiplégie droite et aphasie ; on se décide à trépaner. L'opération est faite au point correspondant à la troisième circonvolution frontale gauche. Une fois la dure-mère sectionnée, un flot de sérosité brune, puis rougeâtre, s'échappe par la plaie, il en coule 6 onces environ. L'introduction du doigt fait reconnaître une sorte de pseudokyste inclus entre la dure-mère et l'arachnoïde. Il y avait donc eu pachyméningite hémorragique.

Immédiatement après la trépanation, la parole et l'intelligence reviennent, l'hémiplégie est moindre. Mais 50 heures après, la céphalée reparaît avec un frisson fébrile; l'intelligence de nouveau se trouble, et des signes d'encéphalite se réveillent, avec l'hémiplégie récurrente. Le malade retombe dans le coma, interrompu par des convulsions. Mort le 6 mars.

A l'autopsie, pachyméningite fibrino-hémorragique ; inflammation sous-jacente de la pie-mère; infiltration de pus dans la scissure sylvienne gauche, et ramollissement cortical des circonvolutions. H. R.

VII. — Georges Jones, 53 ans, est frappé, le 27 février 1887, par une brique au-dessus du bord extérieur de la paupière gauche ; plaie légère, sans dénudation du crâne, guérie le 14 mars.

Le 18 avril, le malade s'aperçoit qu'il traîne le pied droit, puis le bras droit se prend, et les troubles moteurs s'accentuent dans le côté entier; des frissons surviennent chaque matin, indiquant de la septicité ; de la névrite optique se développe dans chaque œil.

Le 1er mai, on place une couronne de trépan au-dessous de la portion su-

périeure de la circonvolution frontale ascendante. On ne trouve point de fracture de la boîte cranienne; la dure-mère est colorée, sombre; une seringue hypodermique permet de retirer du sang brun sombre; la dure-mère est incisée, le liquide évacué, la plaie drainée; l'hémiplégie disparut, et la guérison se fit rapidement. Le 8 mai, le malade se promenait.

Le liquide évacué était du sérum coloré en brun, avec des corpuscules rouges décolorés. MAUBRAC.

VIII. — Un jeune homme de 18 ans reçoit un coup de couteau dans la région de la tempe; aphasie immédiate, hémiplégie avec paralysie faciale. La plaie est située au niveau de la troisième circonvolution frontale. Les symptômes de paralysie vont s'aggravant, et l'absence de fièvre ayant fait exclure l'idée de méningite, l'auteur pose le diagnostic d'épanchement sanguin intracranien. Neuf jours après l'accident, il pratique la trépanation. Il n'y a rien entre la dure-mère et l'os; mais sous la dure-mère, on trouve un caillot; celui-ci étant enlevé, un jet de sang s'élance du fond de la plaie; il a pour origine la première branche de la cérébrale moyenne. Cette artère est pincée et liée non sans difficulté.

La plaie se réunit par première intention. 3 jours après l'opération, le malade recommence à parler; 4 semaines après il s'exprime couramment; les mouvements des membres reparaissent 2 jours après l'opération, et sont complets le neuvième jour. La paralysie faciale a été de plus longue durée. 6 semaines après, elle n'avait pas complètement disparu.

PIERRE DELBET.

Das Leben der Zähne ohne Wurzel... (Les dents peuvent vivre sans racines. Étude sur la conduite à tenir dans les affections inflammatoires des maxillaires), par ROSE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXV, p.* 193-237).

Le mémoire de Rose contient plusieurs observations d'un très haut intérêt.

La première est un exemple de régénération osseuse des deux maxillaires supérieurs et de tout le maxillaire inférieur, après leur résection pour une nécrose phosphorée. Les détails très instructifs de ce fait rendent évidents les avantages de la conduite que recommande Rose dans cette affection : large incision faite de bonne heure et résection très tardive, quand le séquestre est bien limité et entouré d'une couche osseuse assez solide de nouvelle formation (résection tertiaire ostéophytique); ces ostéophytes, que l'on enlève dans les résections sous-périostées secondaires, assurent une régénération osseuse rapide et solide.

Autrefois, Rose recommandait de faire la large incision du début sur la gencive, ce qui évite une cicatrice et rend facile l'extraction du séquestre par la même voie, quand il est bien limité. Mais cette même observation l'a fait changer d'avis en lui montrant que la gencive doit être absolument respectée, si c'est possible, et que le lieu d'élection de l'incision est le bord inférieur du maxillaire inférieur (le plus souvent atteint dans cette affection). C'est aussi par cette voie qu'il faut faire plus tard l'extraction des séquestres. Il importe, en effet, de ménager les dents, qui restent saines et peuvent reprendre leurs fonctions quand le développement de l'os nouveau autour de leurs racines les a de nouveau consolidées.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 23 ans atteint d'ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur avec nécrose totale de cet os. Inci-

sions sous-maxillaires ; résection par cette voie, deux mois 1/2 plus tard, d'un séquestre parfaitement mobile comprenant tout l'os avec les alvéoles. Les dents sont laissées en place, ne tenant plus que par leur collet et s'entre-choquant à chaque lavage. Au bout de deux mois, les dents sont assez solides pour mâcher des aliments. 5 ans plus tard les dents sont absolument solides et vivantes ; pas une n'est tombée.

Ces faits appuient assez éloquemment la conclusion pratique de Rose : faire tous ses efforts pour conserver les dents dans les affections inflammatoires des maxillaires, car leur conservation et leur consolidation sont possibles, même après l'ablation totale de l'os sur lequel elles s'implantaient.

Rose cite quelques autres exemples de dents ayant conservé leur vitalité, quoique leurs racines eussent perdu toute connexion vasculaire et qu'elles ne tinssent plus que par leur collet.

La fin de ce mémoire contient une observation de dégénérescence kystique du maxillaire inférieur chez une femme dans la famille de laquelle Rose a relevé, sur plusieurs enfants de trois générations, une curieuse affection congénitale du maxillaire : « osteomatosis hereditaria congenita », contre laquelle le traitement anti-syphilitique et le traitement anti-strumeux ont également échoué. MAURICE HACHE.

I. — Ueber aufstreigende und absteigende Nervendegeneration (Dégénérescence ascendante et descendante des nerfs), par Fedor KRAUSE (*XVIe cong. des chir. allemands*).

II. — Sur quelques conditions de la régénération des nerfs sectionnés, par SCHIFF (*Semaine méd.*, 7 *septembre* 1887).

III. — Suture secondaire du nerf médian, par TILLAUX (*Bull. Soc. de chirurg.*, *XII*, *p.* 193).

IV. — Plaie intéressant les tendons, les artères du poignet, les nerfs cubital et médian ; suture des tendons et des nerfs, etc., par POLAILLON (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 186).

V. — Suture secondaire du nerf médian, par POLAILLON (*Ibidem*, *p.* 316).

VI. — Suture secondaire du nerf radial, par EHRMANN (*Ibidem*, *p.* 309, *et Rev. de chir.*, *juillet* 1887).

VII. — *Idem*, **par SEGOND, QUÉNU et Discussion** (*Ibidem*, *p.* 347).

VIII. — Sur le retour immédiat de l'innervation après la suture des nerfs, par POLAILLON (*Gaz. méd. de Paris*, *octobre* 1887).

IX. — Zerreisung des Nervus radialis... (Déchirure du nerf radial consécutive à une luxation compliquée du coude ; suture nerveuse secondaire), par LEDDERHOSE (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p.* 238).

I. — Krause a examiné le bout central de nerfs dont la partie périphérique avait été supprimée, soit par des amputations, soit par diverses variétés de gangrène. Dans le bout central il a toujours trouvé des altérations qui portaient sur les fibres sensitives et qui consistaient en une disparition de la myéline, avec prolifération des noyaux. Dans les cas de gangrène sénile ou diabétique on pourrait croire que les altérations des nerfs sont la cause et non l'effet de l'affection ; mais comme dans ces cas les altérations sont identiques à celles qu'on trouve dans

les nerfs des amputés, qu'elles sont toujours limitées aux seuls nerfs dont les parties périphériques sont supprimées, l'auteur pense qu'elle sont consécutives et non primitives. D'après lui ces altérations se produisent après la simple section des nerfs.

Dans ses nombreuses expériences sur les animaux, il n'a pas obtenu une seule réunion nerveuse par première intention.

Comme Philippeau et Vulpian, Laveran, Arloing et Tripier, F. Krause a trouvé dans le bout périphérique des fibres intactes. Il se demande si les corpuscules de Wagner et de Meissner ne jouent pas le rôle de centres trophiques. Il recommande, en terminant, de toujours pratiquer la suture des nerfs, même lorsque la section est très ancienne.

PIERRE DELBET

II. — Tout tronc nerveux, une fois sectionné transversalement, ne se régénère jamais s'il n'est mis en contact avec une partie relativement périphérique d'un nerf également sectionné; c'est un fait acquis, qui n'est nullement contestable ; il est également hors de doute pour Schiff, d'après ses expériences, que les nerfs de différente nature ne se réunissent pas; mais, au lieu d'admettre la doctrine généralement adoptée sur la régénération, c'est-à-dire la pénétration des prolongements du bout central vers le cordon inerte, mort qui représenterait le bout périphérique, l'auteur estime, en se basant sur des recherches qui lui ont dévoilé l'influence de la pression sanguine locale dans ce bout, que ce segment nerveux n'est pas un cordon inerte. Il doit conserver quelque chose de caractéristique et de très essentiel, qui garde les propriétés soit de sa nature motrice, soit de sa nature sensitive ; aussi regarde-t-il la régénération du nerf non pas comme le résultat d'une simple prolifération du bout central dans un milieu indifférent; il faut que ce milieu soit nerveux ou du moins qu'il ait conservé quelque chose de spécifique de sa nature primitive. Or ce quelque chose, cet élément essentiel, c'est le cylindre-axe qui persiste et qui garde d'importantes propriétés physiosiologiques. OZ.

III. — M..., 33 ans. En septembre 1883, plaie de l'avant-bras droit par un fragment de vitre. Depuis, perte de sensibilité de l'index et du médius, qui ont en même temps perdu une partie de leur force. En janvier 1887, on constate une cicatrice à la partie moyenne et antérieure de l'avant-bras, et des troubles trophiques légers de l'index et du médius. La pression au niveau de la cicatrice détermine des fourmillements dans la main, ainsi que la pression sur tout le trajet du médian au-dessous de la cicatrice. Sensibilité à la douleur abolie à la 3e phalange de l'index et du médius, diminuée sur les deux autres phalanges et dans la moitié externe de la pomme de la main, mais la sensibilité à la pression est conservée partout, elle est même exagérée au niveau des parties qui ont perdu les autres modes de sensibilité; différence de moitié au dynamomètre, entre la force de flexion du pouce, de l'index et du médius, du côté sain et du côté malade.

Tillaux fait la suture secondaire; il trouve les deux bouts à une distance de 3 ou 4 centimètres, réunis par un petit filet blanc, sous forme d'une légère toile. Résection des extrémités nerveuses, suture. Trois heures après, Laborde constate le retour de la sensibilité sur les doigts. Cette sensibilité s'est maintenue, et, deux mois après, le malade se servait aussi facilement de ses deux mains. M. HACHE.

IV. — Jeune fille de 17 ans, s'étant sectionné, il y a deux ans, le radial et le cubital, au poignet, avec un morceau de verre. Malgré la suture des deux

nerfs faite 12 heures après et la réunion par première intention de la plaie opératoire, la sensibilité ne reparut pas et les troubles trophiques se montrèrent le 3e mois. Aujourd'hui, ces troubles trophiques ont disparu, mais la sensibilité est toujours absente.

V. — L'opération secondaire faite chez la malade ci-dessus montre que les deux bouts du médian sont écartés, cet écartement mesure 4 centimètres après résection des extrémités amincies. La fixation des deux bouts est un peu pénible, la malade s'agite, et le bras doit être hâtivement immobilisé sans qu'on puisse s'occuper du nerf cubital. La première exploration, faite cinq heures après l'opération, montre que la sensibilité a reparu dans toute la paume de la main et sur les doigts. Ce retour de la sensibilité a persisté depuis, mais le passage des courants d'induction n'est pas perçu par la malade. Les muscles de l'éminence thénar, qui sont atrophiés, se contractent à peine sous l'influence de l'électricité. Notons que la malade est hystérique et hémi-anesthésique de ce chef du côté opposé. M. H.

VI. — Histoire d'un homme auquel Ehrmann pratique la suture du nerf radial, pour une section par coup de couteau remontant à 7 mois. L'opération n'amena aucune modification dans les parties paralysées ; pas de retour de la sensibilité ni de la mobilité. Il n'y avait pas eu, malgré une antisepsie sévère, réunion complète par première intention de toute l'étendue de la plaie opératoire. L'électrisation pratiquée pendant quelques temps ne donna aucun résultat.

Huit mois après l'opération d'Ehrmann, le malade étant dans le même état, consulta Socin (de Bâle), qui alla à la recherche du nerf radial, et trouva la continuité du nerf complètement rétablie ; mais le nerf présentait un renflement fusiforme au-dessous duquel son calibre, notablement rétréci, était comme étranglé dans une gangue nodulaire de formation nouvelle ; ayant dégagé le nerf à ce niveau, Socin observa que l'action d'un courant d'induction faible appliqué au-dessus du renflement, détermina séance tenante la contraction des muscles extenseurs. Cicatrisation de la plaie en quatre jours. Electrisations régulières. Retour de la sensibilité et de la motilité dans les extenseurs, sauf dans l'extenseur et l'abducteur du pouce.

C. WALTHER

VII. — Segond a observé un fait analogue.

Jeune fille. Section du médian, du cubital et des tendons antérieurs, au niveau du poignet; anesthésie complète constatée une heure après. Suture des deux nerfs, dont le bout périphérique a été trouvé insensible. Un quart d'heure après, la sensibilité avait reparu partout. Réunion par première intention. Depuis un an la sensibilité s'est maintenue, mais l'atrophie musculaire et les troubles trophiques se sont produits absolument comme si les nerfs n'étaient pas réunis.

Segond ne croit pas qu'il y ait eu réunion immédiate, mais le simple contact des deux bouts a eu une influence évidente.

Quénu pense que la théorie de la régénération autogénétique du bout périphérique d'un nerf coupé est incompatible avec le mode de développement et l'origine embryonnaire de ces organes. La seule explication satisfaisante est celle qu'a fournie Brown-Séquard en étudiant les phénomènes dynamogéniques qui peuvent succéder à toute irritation d'une partie du système nerveux à action centripète.

Quénu a observé un cas fort démonstratif à ce point de vue. Il s'agissait d'une jeune fille s'étant coupé le poignet gauche deux mois auparavant avec des éclats de porcelaine ; depuis ce moment insensibilité complète du pouce, dont les muscles paraissaient légèrement atrophiés. Croyant à une réunion incomplète du nerf médian divisé, Quénu se

prépara à la suturer, mais il trouva une réunion parfaite avec renflement en boule adhérant au tendon du grand palmaire qui en fut séparé. Dès le réveil de la malade, la sensibilité fut constatée sur la pulpe du pouce et les premières phalanges de l'index et du médius. Quinze jours après, la sensibilité avait reparu partout, sauf au niveau des phalangettes de l'index et du médius. On peut donc dire que la très légère irritation du médian a agi par dynamogénie sur le radial et peut-être sur les fibres déjà régénérées du médian.

Cette explication ne s'applique qu'aux faits de rétablissement de la sensibilité seule.

Reclus et Richelot croient que le rétablissement de la sensibilité peut être influencé par des causes multiples et imparfaitement connues, et que le débat devrait être limité aux cas de rétablissement de la motilité, qui ne peut se faire par récurrence. MAURICE HACHE.

VIII. — Deux cas peuvent se présenter : la section est récente ou ancienne ; si elle est récente, la suture, dite primitive, fera obtenir une réunion par première intention, et un retour rapide des fonctions du nerf ; c'est ce que prouvent un certain nombre d'observations que cite l'auteur ; si l'on a affaire à une section ancienne, la suture secondaire produit des phénomènes aussi intéressants que ceux de la suture primitive. L'innervation peut reparaître rapidement ; d'où l'on conclut qu'il ne faut pas regarder le bout périphérique comme un cordon inerte, mort ; mais qu'il faut supposer en lui la conservation de quelque élément nerveux et la possibilité de fonctionner encore, si la continuité du nerf vient à être rétablie. 14 observations, dont l'une personnelle, viennent à l'appui de ces idées. OZENNE

IX. — Femme de 32 ans. Luxation du coude droit en arrière avec plaie par accident de machine, le 26 novembre 1884. En avril 1885, Ledderhose constate une paralysie complète de tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial, qui sont atrophiés et inexcitables par le courant faradique. Pas de paralysie sensitive. Suture du nerf, le 10 avril 1885. Les deux bouts étaient écartés de 6 à 8 centimètres. Guérison par première intention.

C'est seulement en avril 1886, un an plus tard, qu'on constata le retour des mouvements d'extension du pouce et de la première phalange des autres doigts, en même temps que l'excitabilité directe de ces muscles par de forts courants induits. Depuis le mois de janvier, on obtenait des contractions par l'électrisation du radial au-dessus et au-dessous de la suture. Un an et demi après la suture, les mouvements étaient presque normaux, mais la contractilité faradique des muscles autrefois paralysés était encore très diminuée.

Ce cas est doublement intéressant à cause de l'évolution classique de la régénération nerveuse, et parce qu'il a trait à un nerf moteur pour lequel la suppléance par récurrence ne peut être invoquée.

MAURICE HACHE.

I. — Opération d'Estländer datant de 22 mois. Guérison complète, par BOUILLY (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 491-493, 1887).

II. — Ueber die operative Behandlung von Lungenkrankheiten (Sur le traitement chirurgical des maladies du poumon), par J.-W. RUNEBERG (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLI*, *p.* 91, 1887).

III. — The surgery of the lungs (La chirurgie du poumon), par Roswell PARK (*Annals of Surgery*, *p.* 385, *mai* 1887).

IV. — Zur Lungenchirurgie (Chirurgie du poumon), par ZIELEWICZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 12, *p.* 238, 1887).

V. — Zurückbleiben eines Drainrohres im Thorax (Tube à drainage dans la plèvre), par GEISS (*Archiv f. klin. Chir.*, *Band XXXIV, Heft* 3).

VI. — Bronchiectasis cured by excision of ribs and drainage, par Grainger STEWART (*Edinb. medic. chir. Soc. in Brit. med. j.*, *p.* 179, *juillet* 1887).

VII. — Ein Fall von extrapericardialem Emphysem, par Ernst SCHOTTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 882, 20 *décembre* 1886).

I. — Homme de 23 ans. Pleurésie gauche en 1883, vomique, ouverture spontanée en 1884 dans le 3e espace intercostal près du sternum. Entre presque moribond à l'Hôtel-Dieu en septembre 1885. La cavité paraît mesurer 17 centimètres verticalement, sans remonter au delà de la 3e côte, et 12 centimètres d'avant en arrière. Le 25 septembre 1885, Bouilly résèque 7 à 9 centimètres de 7 côtes (3e à 9e) ; la cavité est énorme et dépasse les limites de la résection osseuse, elle va jusque sous l'omoplate ; la guérison paraît impossible. Suites très simples cependant et guérison complète en janvier 1886. Aujourd'hui, 20 juillet 1887, c'est un garçon fort et vigoureux.

Le côté du thorax opéré est curieux à examiner : dans la région mammaire gauche la dépression est énorme, elle pourrait facilement loger le poing d'un adulte ; elle est encore exagérée par la saillie des côtes inférieures relevées et portées en avant. Tout ce côté du thorax est mince et aplati. Scoliose peu prononcée. Cicatrice régulière, solide et indolente. La respiration s'entend dans toute la poitrine. MAURICE HACHE.

II. — 1° Un homme de 33 ans présente une pneumonie de la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche ; début brusque par un grand frisson, crachats rouillés, défervescence par crise le 4e jour. T. 39°, 6. Le surlendemain, la température s'élève de nouveau, il persiste une zone de matité de 10 à 12 centimètres de diamètre, de la ligne moyenne de l'aisselle à l'épine de l'omoplate. Par une ponction faite avec l'aiguille de Pravaz, on retire du pus. On pratique au même point la pleurotomie, en réséquant 4 centimètres de la 6e côte. Ecoulement de quelques onces de pus. Guérison rapide.

2° Jeune fille de 23 ans. Gangrène pulmonaire du sommet gauche et pyopneumothorax consécutif. Pleurotomie 12 jours après le début de ces accidents, après une ponction exploratrice. Incision de 4 centimètres de la 4e côte dans l'aisselle. On ne tombe pas dans une poche remplie de pus, mais sur des fausses membranes. Mort 10 jours après. A l'autopsie, ancien pneumothorax, cavernes gangréneuses, petites poches purulentes enkystées, foyers récents de gangrène dans la partie inférieure du poumon. Il eût fallu faire l'opération plus tôt, avant la rétraction pleurétique. A. MATHIEU.

III. — Dans ce mémoire, sont étudiées la pneumotomie, la pneumectomie et la thoracoplastie.

La pneumotomie est indiquée dans les cas de :

Abcès bronchiectasique	23 cas	9	morts.
Abcès tuberculeux	13 —	6	—
Gangrène	14 —	6	—
Pyo-pneumothorax	1 —	1	—
Kystes hydatiques	32 —	4	—
Corps étrangers	1 —	0	—

Le cas de pyo-pneumothorax, personnel à l'auteur, est rapporté en entier.

La pneumectomie est indiquée dans le cas de : hémorragie, par blessure du poumon (*R. S. M.*, XXVII, 282); hernie traumatique du poumon ; néoplasmes, surtout ceux des parties voisines qui entourent le poumon, car le cancer primitif du poumon est rarement reconnu à temps ; tuberculose d'un lobe. Cette dernière indication, rationnelle, n'a encore dans la pratique donné que des résultats désastreux.

Pour la thoracoplastie, Park adopte la modification de Schede, et résèque la paroi du thorax, à la fois en avant et en arrière. Il rapporte 3 opérations dont deux pratiquées pour empyème, ont été suivies de guérison ; la 3e, pratiquée pour pyo-pneumothorax, compliquée de résection du poumon, a entraîné la mort par pneumonie. MAUBRAC.

IV. — 1° Un garçon de 15 ans a été atteint de pneumonie morbilleuse ; trois mois plus tard on constate un épanchement pleural enkysté, fétide. Résection des 6e et 7e côtes ; à l'aide d'un réflecteur, l'auteur éclaire le fond de la plaie et découvre, à la surface du poumon, une petite fistule d'où s'écoule du pus sanguinolent. Cette fistule étant incisée avec un long bistouri, l'auteur pénètre dans une petite caverne du lobe inférieur. Tamponnement avec la gaze iodoformée ; on tamponne aussi la cavité pleurale ; pansement au sublimé. Guérison en 8 semaines.

2° Sujet de 30 ans, opéré de l'empyème depuis quelques semaines. L'incision reste insuffisante, il y a de la stagnation du pus et le malade a de la fièvre. On résèque la 7e côte, on nettoie la plèvre. L'exploration digitale révèle une dépression qui semble consécutive à l'ouverture d'un abcès pulmonaire. Guérison au bout de six semaines. L. GALLIARD.

V. — En 1885, après une opération d'empyème, un drain tomba dans la plèvre d'un enfant de 3 ans et demi. Les parents refusèrent de laisser pratiquer l'extraction. La fistule, après avoir longtemps sécrété, se ferma, puis se rouvrit. Mais depuis cinq mois elle est fermée ; l'état de santé de l'enfant est excellent : il n'y a pas trace de collection dans la plèvre. PIERRE DELBET.

VI. — Stewart rapporte l'histoire d'un jeune homme de 29 ans, souffrant depuis 9 ans d'une bronchorrhée fétide et arrivé à la phase de consomption par suite de la septicité de ses sécrétions bronchiques. Une ponction aspiratrice fut faite au point où la bronche semblait dilatée, et ramena du pus. Une incision fut conduite en ce point, deux côtes furent réséquées, et le poumon largement drainé. La fièvre tomba immédiatement et la fétidité des crachats disparut. Le malade guérit. H. R.

VII. — Petersen a publié le premier cas d'emphysème extra-péricardique (*Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 44).

Un maçon de 32 ans, qui avait une commotion cérébrale causée par une chute, offrait, le jour même de l'accident, les phénomènes suivants au niveau de la région précordiale sans aucune fracture de côte. Battements cardiaques visibles. Au palper, crépitation grossière malgré l'absence de tout emphysème sous-cutané. La matité cardiaque est remplacée par un son tympanique aigu se transformant facilement en bruit de pot fêlé. Bruits cardiaques métalliques et mêlés d'une sorte de clapotement ou de craquement à timbre également métallique. Ces derniers bruits sont perceptibles à une distance de 2 pieds de la poitrine du malade.

Dès le lendemain, on ne retrouvait plus les phénomènes morbides décelés par la percussion, la palpation et l'auscultation qu'au niveau de la pointe du cœur; à distance, on n'entendait plus rien et, deux pas plus loin, il ne restait rien d'anormal. Guérison.

Il s'agissait évidemment d'un épanchement d'air effectué en avant du cœur. L'absence de toute lésion tégumentaire osseuse et viscérale, ainsi que la terminaison favorable, font repousser l'idée d'une déchirure du péricarde et

d'un épanchement gazeux intra-péricardique. Il ne reste donc plus qu'à admettre la rupture de quelques vésicules pulmonaires au niveau du point où la plèvre péricardique se réfléchit sur le hile et l'épanchement de leur contenu d'abord dans le tissu cellulaire du médiastin et de là dans le tissu cellulaire situé entre le péricarde et la paroi thoracique. J. B.

I. — Totalexstirpation der rechten Scapula (Extirpation de l'omoplate et du membre supérieur; guérison), par OBALINSKI (*Wien. med. Presse*, *n°* 19 *p.* 649).

II. — Un nouveau procédé de désarticulation de la hanche, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, *n°* 38, 1887).

III. — Ueber die osteoplastiche Amputation des Oberschenkels nach Gritti (Sur l'amputation de cuisse ostéoplastique de Gritti), par RIED (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *t. XXV*, *p.* 245-259, 1887).

I. — Femme de 22 ans, portant une tumeur datant de 10 mois, grosse comme une tête d'adulte et qui envahit le tiers externe de la clavicule, la moitié supérieure de l'omoplate, la moitié supérieure du bras à droite. La peau est ulcérée sur un point. On diagnostique : sarcome périostique de l'humérus propagé aux deux autres os.

Le 6 février, ligature de l'artère sous-clavière, dissection de la peau autour de la tumeur, résection de la clavicule, extirpation de l'omoplate et du membre supérieur, sans hémorragie importante.

Guérison par première intention sous la gaze sublimo-phéniquée et le coussin de charpie de bois. Le 3 mars, l'aspect de l'opérée est satisfaisant. Elle sort.

Le 20 mai elle succombe; pneumothorax droit et sarcome de la plèvre.

L. GALLIARD.

II. — Le sang étant refoulé par la bande d'Esmarch appliquée jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse, on pratique l'incision de Billroth, Fergusson, et on divise tous les tissus jusqu'à la capsule inclusivement. Le membre est mis dans l'adduction, la tête sort, et on l'isole ainsi que le corps du fémur en les rasant. On continue la partie inférieure de l'incision correspondant à la base du trochanter sur le côté externe jusqu'à la limite inférieure du tiers supérieur, et on disèque jusqu'à l'os. Le tube d'Esmarch est passé en dedans de la tête fémorale et n'embrasse que les parties molles. De la partie supérieure de l'incision longitudinale externe au-dessus du trochanter et du tube. on incise tous les tissus par deux incisions obliques en avant et en arrière et s'arrêtant à 4 cent. au-dessous du pli génito-crural. Section des chairs de la face interne par incision transversale. On fait ensuite les ligatures. La bande d'Esmarch comprime les artères principales d'une façon suffisante pour prévenir l'hémorragie, même celle de la fémorale.

A. DUCAMP.

III. — Ried recommande chaudement l'opération de Gritti avec une modification légère apportée par son père. Sur 10 malades opérés par ce procédé, il y a eu 3 décès de septicémie et 7 guérisons, toutes avec très bons résultats définitifs. Il faut dire pour qu'on puisse apprécier la valeur de la mortalité, que cette statistique va de 1866 à 1884, et que les 3 morts sont de 1866, 1874 et 1875, dans la période préantiseptique, par conséquent. MAURICE HACHE.

I. — Résection orthopédique du maxillaire inférieur, greffe osseuse, par ROUTIER (*Bull. Soc. de chir., XIII, p.* 456).

II. — Résection du genou, suivie de 11 cas de guérison, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Rev. de chir., janvier* 1887).

III. — Die Resection des Hüftgelenken... (Procédé de Kocher pour la résection de la hanche), par Fritz DUMONT (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *avril* 1887).

IV. — Zur Technik der Fussgelenkresection (Technique de la résection tibio-tarsienne), par ZESAS (*Cent. f. Chir., n°* 17, 1887).

V. — Eine neue methode... (Nouvelle méthode de résection du tarse), par LINK (*Ibidem, n°* 36, 1887).

VI. — Ueber modificirte Resection... (Résection du poignet pour tuberculose; modification du procédé opératoire), par FAHRENBACH (*Deut. Zeit. f. Chir. XXV, p.* 12),

VII. — Die Bedeutung der Resection... (Influence de la résection des articulations atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette affection), par WARTMANN (*Ibid., XXIV, p.* 435).

I. — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui vint consulter Richelot pour une asymétrie de la face et une déformation du maxillaire inférieur entraînant une gêne considérable de la mastication qui était presque impossible. Richelot le 25 juillet 1886 enlève par la bouche un morceau du maxillaire long de deux centimètres au niveau des petites molaires; suture au fil d'argent des deux fragments. Petite nécrose au niveau de la suture osseuse, et guérison avec une fistule étroite, mais sans consolidation osseuse. C'est pour guérir de cette pseudarthrose, due à son indocilité et à ses fréquentes attaques d'hystérie, que la malade entre dans le service de Routier, le 3 décembre 1886. Le 13 janvier 1887, Routier avise les fragments et les réunit au moyen d'une cheville en os de veau tué de la veille et conservée dans le sublimé. Réunion immédiate. Consolidation parfaite constatée le 12 mars 1887; la mastication est facile. MAURICE HACHE.

II. — Les 11 opérations de Championnière, 6 hommes, 5 femmes adultes (de 17 à 54 ans), ont été pratiquées, 10 pour des arthrites tuberculeuses et une pour une arthrite déformante.

Résultats en ce qui concerne la tuberculose :

1° Pour l'état local, aucune récidive.

2° Pour l'état général, dans aucun cas, il n'y a eu de généralisation secondaire. 3 malades atteints de tuberculose pulmonaire manifeste ont éprouvé une amélioration sensible après l'opération; les accidents pulmonaires semblent subir une accalmie complète; les malades engraissent.

Résultats immédiats : 9 cas ont été absolument indemnes de toute suppuration. La réunion par première intention est donc possible pour les résections d'arthrites.

Résultats consécutifs : guérison complète, marche facile : dans 1 cas, au bout de 2 mois; 1 cas, au bout de 5 mois; dans les autres cas, de 5 mois à 1 an. WALTHER.

III. — Kocher fait une incision angulaire dont la portion supérieure est parallèle aux fibres du grand fessier, plus ou moins près du bord supérieur de ce muscle suivant son développement. Cette incision com-

mence au niveau du second tiers du muscle et se dirige comme ses fibres jusqu'au sommet du trochanter. A partir de là, elle passe sur le fessier se dirigeant obliquement en arrière et en bas, le long du bord postérieur du vaste externe, entre ce muscle et le carré fémoral, d'une part, et le court adducteur de l'autre. On écarte alors avec des crochets mousses les lèvres de la plaie et l'on poursuit l'incision dans la profondeur en suivant la même direction. A la partie supérieure, elle tombe dans l'interstice musculaire entre le pyriforme et le petit fessier. De cette façon, sans léser aucun organe important, on découvre la paroi postérieure de la capsule articulaire dans toute sa longueur, du rebord cotyloïdien jusqu'au trochanter. A partir de ce dernier, l'incision arrive jusqu'à l'os et l'on doit lier la branche terminale de l'artère circonflexe. Puis on détache le périoste du fémur, des deux côtés, en avant avec les fibres du vaste externe, en arrière avec les insertions du carré fémoral et une partie de celles du court adducteur. Le tendon du grand fessier ainsi que toutes les fibres de ces muscles restent au-dessous de l'incision. Les insertions tendineuses de deux autres fessiers au grand trochanter sont détachées en haut et en avant en même temps que le périoste des faces externe et antérieure du trochanter, recouvert par le vaste externe, tandis que les insertions de tous les autres muscles sur les faces interne et postérieure du grand trochanter sont détachées en bas avec le périoste trochantérin correspondant.

Le procédé de Kocher se distingue de celui à incision postérieure en ce que ses deux incisions qui encadrent l'articulation en haut et en dehors permettent de former un lambeau qu'il suffit de rabattre pour mettre à découvert toute la face postérieure de la jointure. Ce procédé produit très peu de dégâts conservant en haut les muscles animés par le fessier supérieur et leurs branches nerveuses, en bas ceux animés par le fessier inférieur avec tous leurs nerfs. En outre, l'incision laisse intacts les muscles fessier, moyen et inférieur, ainsi que le tenseur ou fascia lata, les extenseurs et tous les rotateurs en dehors.

Le procédé de Kocher a encore l'avantage de faciliter l'écoulement des sécrétions de la plaie qui, dans le décubitus dorsal, est dirigé directement en bas. Enfin, il fait perdre peu de sang au malade, car il ne sectionne que quelques branches terminales des circonflexes, des fessières et des ischiatiques. J. B.

IV. — Le pied repose sur la malléole interne. On fait une incision verticale, longue de 7 centimètres, sur l'articulation tibio-péronière et qui se termine au niveau de la pointe de la malléole. — Sur l'extrémité inférieure de cette incision on en fait tomber une autre, qui, à peu près horizontale commence au niveau du bord externe du tendon d'Achille et se termine sur l'insertion du péronier antérieur. On dissèque les tendons péroniers et on les sectionne après avoir fixé leurs deux extrémités. — Les lambeaux étant ensuite relevés, il devient fort aisé d'extirper l'astragale et toute l'articulation peut être explorée. Cette méthode que l'auteur appelle « cruro-tarsale » rend facile l'extirpation des fongosités qui se trouvent si souvent dans l'articulation péronéo-tibiale inférieure. — Un malade guéri il y a plus d'un an par le docteur Girard marche facilement sans canne. PIERRE DELBET.

V. — Link fait d'abord sur le dos du pied une incision transversale

correspondant à l'articulation de Chopart ; puis, une seconde incision parallèle à la première correspondant à la basse des métatarsiens. On réunit les extrémités de ces deux incisions longitudinales faites l'une en dedans, l'autre en dehors. On pénètre ensuite par l'incision transversale postérieure; mais au lieu d'ouvrir l'articulation de Chopart on dissèque la tête de l'astragale; on libère ensuite les os du tarse jusqu'au niveau de l'incision transversale antérieure, et on scie les métatarsiens obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Le lambeau cutané se trouve ainsi enlevé avec les os ; et on n'a plus qu'à suturer en rapprochant les surfaces osseuses. On obtient un pied très raccourci, mais capable d'usage. — Dans le seul cas où l'auteur a appliqué le procédé, six semaines après le malade marchait sans douleur avec l'aide d'une canne.

PIERRE DELBET.

VI. — Ce travail est basé sur 28 résections du poignet faites par König, de 1875 à 1885, par le procédé suivant qui ne diffère d'ailleurs pas du procédé que l'on emploie communément aujourd'hui :

Incision dorso-radiale de Langenbeck ; écartement latéral des tendons et ablation de tous les os du carpe successivement avec une forte cuiller tranchante, ou au besoin avec une pince et de gros ciseaux. Ce temps de l'opération demande à peine un quart d'heure. Il ne reste plus qu'à enlever toutes les parties fongueuses et ce que l'on trouve de malade sur les os de l'avant-bras ou du métacarpe. — Pansement iodoformé. Drainage. La main est maintenue en *extension forcée*. Le premier pansement reste ordinairement 10 à 14 jours.

22 fois tous les os du carpe furent enlevés, 4 fois presque tous et 2 fois la première rangée seule. 8 fois les os de l'avant-bras et 14 fois les métacarpiens furent partiellement réséqués.

Pas de mort opératoire ; évolution presque toujours aseptique de la plaie ; la durée de la guérison complète a varié de 1 mois à 1 an.

Comme résultat thérapeutique : 5 résultats inconnus, 16 guérisons complètes, 3 guérisons avec petite fistule et 3 récidives dont 2 morts après 2 et 6 mois.

Comme résultat fonctionnel, le retour complet des mouvements de la main n'a été obtenu dans aucun cas. Deux fois les fonctions étaient presque absolument rétablies, 11 fois les malades pouvaient travailler aux champs, écrire, jouer du piano et au billard, etc. ; 3 fois les mouvements étaient plus limités, et 3 fois la préhension était seule possible.

Ce dernier résultat est encore bien préférable au meilleur appareil prothétique après l'amputation, et König attribue la conservation de ce mouvement à la situation de la main en extension forcée pendant un certain temps après l'opération, sans parler de la mobilisation passive qui doit être faite le plus tôt possible.

Chez beaucoup d'opérés, la guérison s'est maintenue plusieurs années. L'amputation doit donc être considérée comme la dernière ressource et la resection du poignet doit entrer dans la pratique comme celle des autres articulations.

MAURICE HACHE.

VII. — Wartmann donne d'abord un résumé de 74 résections faites à l'hôpital de St-Gall pendant les 5 dernières années. Ces 74 résections pour tuberculose, dont 18 ont porté sur la hanche et 38 sur le genou, ont donné 59 guérisons réelles, 5 amputations secondaires, et 11 morts, la

plupart au bout de plusieurs mois. Il expose pour chaque articulation le manuel opératoire adopté et le résultat fonctionnel obtenu.

La seconde partie de son travail est une étude critique sur l'inoculation opératoire de la tuberculose. — Elle porte sur 837 résections qui ont donné 225 morts, dont 26 de tuberculose miliaire aigüe attribuable à l'intervention.

Wartmann admet avec König deux catégories de cas :

1° Après une opération sur une articulation tuberculeuse, la tuberculose généralisée évolue comme chez les animaux inoculés expérimentalement : elle débute à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine et conduit en 3 ou 4 semaines à la mort.

2° L'opération n'amène pas la guérison, la plaie suppure et il se produit une récidive locale de tuberculose. On cherche de diverses manières à se rendre maître de cette suppuration et ces tentatives aboutissent tôt ou tard à l'infection tuberculeuse générale.

Pour pouvoir apprécier exactement l'influence de l'opération sur cette tuberculose généralisée, il faudrait établir une statistique analogue pour les cas traités par l'expectation, ce qui n'a pas été fait. On peut cependant supposer que la tuberculose miliaire est loin d'être rare dans ces conditions, car dans le mal de Pott, pour lequel une intervention active est exceptionnelle, la méningite tuberculeuse est une complication relativement fréquente.

Quelles sont les conditions qui favorisent cette inoculation opératoire ? Nous n'avons malheureusement que des données très vagues à ce sujet et il est à désirer que des observations plus précises et des expériences nous éclairent. MAURICE HACHE.

I. — La périostite et l'ostéopériostite consécutive à la fièvre typhoïde, par L. BOURGEOIS (*Thèse de Paris*, 1887).

II. — Traitement de l'ostéomyélite aiguë, par TSCHERNING (*Nordiskt med. Arkiv, n°* 2, 1887).

III. — Des lymphosarcomes multiples de la moelle osseuse, par F. W. ZAHN (*Rev. méd. Suisse romande, VI, p.* 581).

IV. — Zur Behandlung felherfaft... (Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, vicieusement consolidées), par L. von LESSER (*Cent. f. Chir., n°* 15, 1887).

V. — Zur Behandlung der nach karpaler... (Traitement des ankyloses de l'articulation radio-cubitale inférieure consécutive aux fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras), par Carl LAUENSTEIN (*Ibidem, n°* 23, 1887).

VI. — Beseichtigung... (Réponse à l'article de Lauenstein), par von LESSER (*Ibidem, n°* 29, 1887).

VII. — Ueber die Behandlung... (Traitement des fractures de la rotule), par P. NIEHANS (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *juin* 1887).

VIII. — Fall von Querfractur der Patella (Fracture de la rotule traitée par le massage), par GIRARD (*Ibidem*, 15 *mars* 1887).

IX. — Sur le traitement des fractures par le massage, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bull. Soc. de chir., XIII, p.* 359).

X. — De la fracture marginale antérieure de la malléole externe, par LE ROY (*Thèse de Paris*, 1887).

XI. — Ueber Vereiterung subcutaner Fracturen (Suppuration des fractures sous-cutanées), par STEINTHAL (*Deut. med. Woch.*, *n°* 21, 1887).

XII. — Essai sur la suppuration dans les fractures fermées, par BÉRAUD (*Thèse de Paris*, 1887).

XIII. — Behandlung genisser... (Traitement de certaines fractures par les pointes d'ivoire), par SOCIN (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *juin* 1887).

XIV. — Ueber künstliche Vermehrung.., (Artifice pour favoriser la formation du cal), par HELFERICH (*Berlin. klin. Woch.*, 23 *mai* 1887).

I. — Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, le plus souvent vers la sixième ou septième semaine, on peut voir survenir du côté du squelette une inflammation plus ou moins intense, qui tantôt ne donne lieu qu'à de simples douleurs, tantôt peut aller jusqu'à la névrose et l'ostéomyélite. Cette dernière est rare, l'auteur n'en a rencontré que deux cas. Plusieurs os peuvent être atteints simultanément ou successivement. Sur 77 cas recueillis par l'auteur, 48 fois la maladie occupait les membres inférieurs. Sur 61 cas, le côté gauche figure pour 44. Les hommes sont plus souvent atteints. Au point de vue de la saison, le maximum de fréquence correspond au semestre qui s'étend de septembre à avril. C'est ce qui conduit l'auteur à penser que le traumatisme, qui joue sans aucun doute une certaine influence au point de vue étiologique, a cependant moins d'importance que le refroidissement.

Au sujet de la pathogénie, est-ce une maladie de nature infectieuse, ou bien est-ce une maladie analogue à la périostite albumineuse ou rhumatismale, dont le développement serait simplement favorisé par l'état de débilitation des convalescents ? L'auteur ne se prononce pas.

PIERRE DELBET.

II. — Tscherning veut qu'on modifie la trépanation comme moyen curatif de l'ostéomyélite. Kœnig et Keetley ayant démontré qu'on peut enlever toute la moelle d'un os sans compromettre sa nutrition, Tscherning pratique deux larges fenêtres dans l'épaisseur de la diaphyse et effectue ensuite l'évidement de la moelle en suppuration. Il rapporte 12 cas traités de cette manière. Dans ce nombre, il y a un cas d'ostéomyélite chronique du tibia chez un adulte, et un cas d'ostéomyélite récidivante de l'humérus, également chez un adulte. Toutes les observations ont été recueillies sur des enfants ; 9 ont trait à des ostéomyélites aiguës, 2 du fémur et 7 du tibia, la dixième est celle d'un enfant atteint d'ostéomyélite récidivante du tibia. Dans plusieurs cas, l'évidement a été précédé d'incisions précoces. Dans 2 cas seulement, on trouve notée une nécrose provenant des bords des fenêtres de l'os évidé. La restitution plus ou moins complète des mouvements a été obtenue dans tous les cas, même dans ceux compliqués d'arthrites séreuses et purulentes, ainsi que de décollement de l'épiphyse.

L'auteur avoue que les observations publiées par lui ne prouvent rien pour l'efficacité du traitement dans les cas d'une malignité très prononcée ; néanmoins, étant donnée la gravité de ceux-ci, il croit que le cas échéant on ne devrait pas hésiter à pratiquer le mode de traitement qu'il préconise.

C. GIRAUDEAU.

III. — Jusqu'ici, il n'en a été publié que 3 cas. Le premier, observé par von Recklinghausen a été décrit par von Rustitzky sous le nom de myélome multiple. Le second a fait le sujet de la thèse de H. Buch sur la sarcomatose primitivement multiple de la moelle osseuse. Enfin, Zahn a fait connaître le troisième (*Deutsche Zeitsch. f. Chirurg.* XXII) et en publie maintenant un nouvel exemple :

Il s'agit d'une femme de 54 ans, qui eut des étourdissements, des maux de tête, des nausées et de l'inappétence, puis elle eut de l'albumine passagère et une fièvre continue. Les extrémités inférieures deviennent le siège de vraies douleurs; la malade, étant portée de son fauteuil au lit, se fractura spontanément le fémur gauche. Mort dans le marasme.

Autopsie. Cancer squirreux du sein droit. Fractures du fémur gauche et des côtes. Bronchopneumonie double. Rate, ganglions lymphatiques et follicules lymphatiques de l'intestin et du pharynx, sans altération. Dans tous les os, sauf ceux du crâne, nombreuses tumeurs grisâtres, peu vascularisées et transparentes ou d'un rouge intense, ou enfin jaunâtres, comme purulentes, ayant même une teinte verdâtre. Ces différentes tumeurs sont en majorité molles, quelques-unes presque diffluentes, quelques autres, au contraire, presque dures. Elles sont le plus développées dans les os spongieux (vertèbres, bassin, côtes, épiphyses, et plus fortement dans les épiphyses supérieures des os que dans les inférieures; parmi les os longs, ce sont les fémurs qui sont les plus altérés. Les os courts sont peu ou pas malades. Ces tumeurs occupent surtout l'intérieur des os, mais elles ont une tendance à gagner la périphérie et à déterminer des épaississements circonscrits et des saillies à la surface. Tout l'os est, en dehors des tumeurs, très hyperémié et, par places, il existe des foyers hémorragiques. Le sternum, les côtes, les vertèbres se laissent facilement couper avec le couteau.

Sous le microscope, les tumeurs molles sont formées par de petites cellules rondes et peu de substance intercellulaire, tandis que les plus dures renferment des cellules fusiformes et beaucoup de substance intercellulaire.

D'après Zahn, il s'agit de lymphosarcome de la moelle osseuse. J. B.

IV. — Parmi le grand nombre de fractures de l'extrémité inférieure du radius, il en est quelques-unes qui entraînent une impotence fonctionnelle plus ou moins durable. D'après Lesser, ce sont celles qui se compliquent d'une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus. On a cherché à expliquer l'impossibilité de la flexion par l'arthrite consécutive à la pénétration du trait de fracture jusque dans l'articulation. Quant aux troubles de la pronation et de la supination, ils peuvent être dus au déplacement du fragment radial, à une fracture concomitante du cubitus, à une soudure des fragments des deux os.

Un serrurier de 19 ans se fracture le radius le 7 mars 1886. Malgré les soins les plus rationnels, vingt-cinq semaines après l'accident, tout le bras était atrophié, la flexion de la main était réduite de plus de moitié, la pronation et la supination complètement impossibles. L'épiphyse radiale est irrégulièrement augmentée de volume, particulièrement du côté palmaire. L'extrémité inférieure du cubitus est saillante et douloureuse. L'ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure, causée par le cal vicieux, paraît avoir été la cause des troubles trophiques et de la raideur dont l'articulation radio-carpienne est le siège. Pour éviter tout accident, du côté de l'articulation radio-carpienne, von Lesser résolut de réséquer la petite tête du cubitus pour triompher de l'ankylose radio-cubitale. Le 7 décembre 1886, ayant mis à nu l'extrémité inférieure du cubitus, il constata les restes d'une fracture transversale. Il fallait réséquer trois centimètres de cubitus pour que les mouvements passifs de pronation et de supination redevinssent possibles. L'avant-bras

fut placé en extension et en supination. Trois jours après, le coude fut fléchi à angle droit, l'avant-bras restant toujours en supination. Au onzième jour, on commença les mouvements passifs dans l'articulation radio-carpienne. Trois semaines après, la cicatrisation était complète; les mouvements de pronation et de supination actifs atteignaient les trois quarts de leur amplitude normale; le 7 février 1887, le malade pouvait reprendre son état de serrurier.

L'auteur recommande ce mode d'intervention dans les cas où ce sont les mouvements de pronation et de supination qui sont particulièrement empêchés.

Dans les cas de fracture des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne, l'impossibilité de la pronation et de la supination qui survient parfois est due à la soudure des fragments de deux os. Pour éviter cet accident, il faut, comme le conseille Volkmann, placer l'avant-bras dans une attitude où les deux os soient parallèles, c'est-à-dire en supination. PIERRE DELBET.

V. — Il s'agit d'un marin qui s'était fracturé l'avant-bras onze mois avant. Les mouvements de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction avaient conservé presque toute leur amplitude, mais la pronation et la supination étaient impossibles. Lauenstein pratiqua l'opération préconisée par von Lesser, c'est-à-dire la résection de l'extrémité inférieure du cubitus. Vingt-trois jours après l'opération, les mouvements de pronation et de supination avaient les trois quarts de leur amplitude normale. L'opération de von Lesser est donc parfaitement efficace.

Mais le malade présente un autre intérêt. Son avant-bras avait été placé en supination, et néanmoins l'ankylose de l'articulation radio-cubitale était survenue. Les affirmations de Lesser sur ce point ne sont donc pas exactes. La vérité est que, lorsque l'articulation radio-cubitale est intéressée, l'ankylose survient quelle que soit la position qu'on donne à l'avant-bras. Le seul moyen d'éviter l'ankylose, serait de placer l'avant-bras alternativement en pronation et en supination et de commencer hâtivement la mobilisation passive.

VI. — Von Lesser répond aux critiques que lui a adressées Lauenstein. Il conseille de mettre le bras en supination dans le cas de fratures de l'extrémité inférieure du radius accompagnées de fractures du cubitus, parce qu'il a constaté que le trait de fracture occupe la partie palmaire et interne du cubitus, et qu'il a observé que la mobilité de l'articulation n'avait été conservée que dans les cas où le bras a été immobilisé tôt ou tard en supination. PIERRE DELBET.

VII. — Niehans relate 7 observations de fractures rotuliennes qu'il a traitées, 2 exclusivement par les massages et les 5 autres par la suture circulaire de Kocher, avec le fil d'argent, en ayant soin toutefois d'évacuer le sang épanché dans la jointure par une ponction avec le bistouri.

Chez 4 des 5 malades opérés par suture métallique, la guérison s'est faite sans fièvre et le résultat a été parfaitement satisfaisant.

La cinquième malade était une femme de 59 ans, qui avait une fracture transversale à mi-hauteur de la rotule, avec écartement de 3 centimètres. Une des aiguilles à suture s'étant cassée, Niehans dut ouvrir largement l'articulation pour retirer la pointe. Il y eut un peu de mortification du tendon du triceps et une arthrite suppurée qui nécessita en fin de compte une amputation de cuisse. J. B.

VIII. — Homme de 73 ans, en profonde décrépitude. Fracture transversale de la rotule avec écartement de près de 3 centimètres des deux fragments.

Durant les 8 premiers jours, alitement à cause de la sensibilité du genou, applications froides et massage de plus en plus énergique, depuis le mollet jusqu'à l'aine. Au bout de 9 jours, le malade est mis dans un fauteuil avec une bande de flanelle autour du genou ; quand il dort, il a le membre élevé. Au bout de 9 semaines, il sort de l'hôpital, en marchant avec deux cannes, l'articulation était complètement indolore, mobile et de volume normal. Au bout de 4 mois, la marche sur le sol était parfaite. L'homme tenait les genoux légèrement ployés aussi bien dans la station que pour la course. Il pouvait gravir un escalier à la manière habituelle. Les fragments rotuliens étaient reliés par une masse fibreuse dure, de 1 centimètre de large. Les muscles de la cuisse étaient à peine diminués de volume. J. B.

IX. — J. Lucas-Championnière revient sur la question du massage dans les fractures (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 271).

Non seulement le massage est un excellent traitement secondaire pour les articulations raidies par l'immobilisation, mais il peut être appliqué primitivement avec avantage à des fractures récentes, malgré un certain degré de mobilité. Aujourd'hui, Lucas-Championnière étend son emploi à des fractures beaucoup plus importantes qu'il ne le faisait au début ; il soulage ainsi la douleur en même temps qu'il favorise la formation du cal par la résorption plus rapide des produits épanchés ; il cite comme exemple de sa pratique une observation de fracture de jambe, au tiers inférieur, massée pendant les 7 premiers jours, puis placée 21 jours dans un appareil plâtré ; la marche était parfaitement libre au bout de 35 jours.

Il y a avantage à prolonger beaucoup les séances, jusqu'à une heure ou une heure et demie, en évitant de presser sur le foyer de la fracture. Eût-on ainsi un peu de déformation du membre, ses fonctions ne se rétabliront pas moins plus complètement et plus rapidement qu'après l'immobilisation prolongée. M. HACHE.

X. — Le Roy fait une étude complète de cette variété de fracture, qui a été pour la première fois observée et décrite en France par Le Fort. La description est établie sur neuf observations dont quatre avaient déjà été publiées par Le Fort (*Bulletin de Thérapeutique*, 15 mars 1886), et deux autres par Wagstaffe (*Saint-Thomas Hosp. rep.* 1875). Vingt-neuf expériences cadavériques ont servi à l'auteur à élucider le mécanisme de cette fracture. Voici les conclusions qui résument cette thèse :

Cette fracture, dont le trait est vertical, est surtout due à l'arrachement, par l'intermédiaire du ligament antérieur, de l'articulation péronéo-tibiale, d'un fragment plus ou moins volumineux détaché à la partie antérieure de la malléole externe.

Cet arrachement se produit surtout dans l'adduction du pied, directe ou avec rotation en dedans de la plante du pied ; il se produit également dans l'adduction, surtout combinée avec l'extension. La pression produite par l'astragale joue un rôle secondaire, et sert surtout à augmenter la distension ligamenteuse. Le ligament péronéo-astragalien antérieur et le péronéo-calcanéen, accessoirement, contribuent à l'arrachement vertical de la partie antérieure de la malléole externe.

On peut reconnaître plusieurs variétés de ces fractures verticales, mais la plus importante est celle qui siège à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la malléole.

La fracture verticale de la malléole externe se caractérise surtout par une ecchymose légère sur la partie externe du pied, — la douleur vive à

la pression sur le fragment, aussi bien que sur le trait de fracture, — l'élargissement antéro-postérieur de la malléole externe, — la persistance de la douleur et de la gêne de la marche, malgré le massage dont l'insuccès constitue un des meilleurs éléments de diagnostic entre cette fracture et l'entorse.

Le traitement consiste dans le repos pendant 15 jours ou 3 semaines; si le fragment interne est déplacé, il est difficile de pratiquer et de maintenir sa réduction. C. WALTHER.

XI. — Un sujet de 28 ans, entre le 16 août 1885 à l'hôpital, pour une fracture de la cuisse droite au tiers supérieur, consécutive à une chute. P. 120, T. 38°,9. Appareil d'extension, sac de glace. Les jours suivants, la fièvre augmente, 41°,1. Antipyrine. Le 11 septembre, fluctuation à la partie externe, incisions au-dessus du grand trochanter et près de l'articulation du genou, écoulement d'une grande quantité de pus infect. Lavages deux fois par jour. La fièvre persiste. Nouvelles incisions, drainage.

Orchite suppurée. Le 10 octobre, abcès de l'avant-bras. Escarres. Thrombose de la veine fémorale gauche. Mort le 8 novembre.

Autopsie. La fracture porte sur le col du fémur et le trochanter à droite. Suppuration de l'articulation de la hanche et des parties molles environnantes avec fusées sous le muscle psoas iliaque. Arthrite suppurée du genou droit.

Pneumonie lobulaire de la base gauche. Thrombose de la veine crurale droite, des deux iliaques et de la veine cave inférieure. L. GALLIARD.

XII. — 1° La suppuration peut être une des complications des fractures fermées. Elle peut survenir à toutes les périodes de leur évolution, mais plus souvent pendant les premiers jours qui suivent l'accident, et après la formation du cal, quelquefois plusieurs années après la consolidation.

2° Dans les premiers jours, c'est à l'attrition profonde des parties, à un épanchement sanguin considérable, à une arthrite voisine, à l'état général grave qu'il faut le plus souvent attribuer les phénomènes inflammatoires.

3° Les abcès peuvent se développer dans le cal ou dans les parties molles périphériques. Ils ont pour causes prédisposantes toutes les irritations locales, les affections constitutionnelles, le mauvais état de l'organisme. Les causes déterminantes sont : les infections locales par une plaie superficielle concomitante, ou les autres infections qu'on voit survenir à la suite des maladies graves, la fièvre typhoïde par exemple.

4° Quand il existe des lésions traumatiques exposées, même légères, en même temps que la fracture, il y a véritable indication à défendre les voies lymphatiques contre l'accès des germes infectieux. C. WALTHER.

XIII. — Cette méthode, récemment préconisée par Bircher (*R. S. M*, XXVIII, 625), sous le nom de fixation directe des fragments, convient spécialement pour deux catégories de fractures des os longs : 1° en cas de pseudarthroses occasionnées, soit par une réduction incomplète, soit par l'intercalation des parties molles et de lenteur dans la formation du cal. On obtient facilement et rapidement le résultat voulu, en avivant les fragments et en enfonçant une pointe d'ivoire de grosseur convenable dans leurs cavités médullaires; 2° dans beaucoup de fractures récentes compliquées de plaies. L'antisepsie moderne exigeant le plus souvent qu'on agrandisse la plaie pour la désinfecter et en retirer les caillots, l'implantation de la pointe d'ivoire n'ajoute pas beaucoup à la gravité de l'inter-

vention chirurgicale, tout en assurant une exacte réduction. Mais, contrairement à Bircher, Socin juge complètement superflue une opération ultérieure pour retirer la cheville ; celle-ci finit toujours par être résorbée, lors même qu'on est obligé de traiter la plaie à ciel ouvert. Socin désinfecte auparavant les pointes d'ivoire en les faisant bouillir dans une solution concentrée d'acide phénique ou de sublimé. A l'appui de cette méthode, Socin présente des malades qui avaient les uns des pseudarthroses de la jambe, les autres des fractures compliquées de la cuisse ou de la jambe. Chez tous, il a obtenu une bonne consolidation sans déplacement; les pointes qui avaient jusqu'à 6 centimètres de long et 9 millimètres d'épaisseur se sont incorporées dans les tissus.

Socin est si satisfait des résultats de la méthode, qu'il n'hésiterait pas à l'étendre, le cas échéant, à certaines fractures sous-cutanées, telles que les fractures obliques du tiers inférieur de la jambe qui sont si difficiles à réduire et surtout à maintenir réduites, qui se consolident très lentement et le plus souvent avec un déplacement qui, chez les gens d'un certain âge, laissent des troubles fonctionnels assez sérieux. Ne vaudrait-il pas mieux transformer dès le début ces fractures en fractures à ciel ouvert, et en assurer la bonne réduction à l'aide d'une pointe enfoncée dans la cavité médullaire du tibia? La situation superficielle de cet os et les précautions antiseptiques rendraient sans danger une telle incision.

En revanche, Socin est l'adversaire des opérations sanglantes pratiquées contre les fractures transversales de la rotule. J. B.

XIV. — Afin d'activer la néoformation de l'os, en cas de cal lent à se produire, Helferich recourt à l'artifice suivant. Il entoure le membre malade, au-dessus de la fracture, d'un gros tube de caoutchouc qu'il serre légèrement; il ne le laisse d'abord que quelques heures en place, ensuite plus longtemps, et finalement il le laisse à demeure. Chez 11 malades menacés de pseudarthrose (9 fois à l'humérus, 1 fois au cubitus et 1 fois à la jambe), ce moyen artificiel a fourni d'excellents résultats à Helferich, qui le conseille également en cas d'ostéomyélite, d'ostéite et de fractures spontanées. En revanche, ce procédé n'est pas applicable aux opérations faites pour tuberculose, pour tumeurs malignes, ainsi que dans les cas de vastes surfaces ulcérées en voie de bourgeonnement. Jamais Helferich n'a vu d'inconvénients à ce procédé; il ne provoque en particulier ni d'œdème ni de varices. Le tube de caoutchouc agit manifestement en amenant une hyperémie qui améliore les conditions de nutrition des tissus, de l'os notamment. J. B.

I. — Des luxations pathologiques et de leur pathogénie, par FORGUE et MAUBRAC (*In-8°, Paris*, 1886).

II. — Ueber einen Fall von Schultergelenks-Arthrodes... (Opération pour une articulation branlante par traumatis memusculaire de l'épaule), par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, 27 *décembre* 1886).

III. — Zur Behandlung der paralytischen... (Traitement de l'articulation branlante, suivi de paralysie), par H. SCHUSSLER (*Ibidem*, 15 *août* 1887).

IV. — Ankylose osseuse rectiligne du coude, ankylo-ostéotomie trochléiforme, par DEFONTAINE (*Bull. Soc. de chir.*, *XIII*, *p.* 231).

V. — On the treatment of old dislocation of the elbow (Traitement des luxa-

tions anciennes du coude), par Lewis-A. STIMSON (*Annales of surgery, septembre* 1887).

VI. — Zur Behandlung veralteter... (Traitement des luxations anciennes du radius), par SCHUSSLER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 7, 1887).

VII. — Des luxations congénitales de la hanche, par Ferreira PORTO (*Thèse de Paris*, 1887).

VIII. — Luxation verticale externe de la rotule, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, *n°* 34, 1887).

IX. — Luxation de la rotule complète verticale du côté externe avec renversement, par FAUCON (*Bull. Soc. de Chir., XIII, p.* 388).

X. — Sur l'arthropathie tabétique (*Discussion du XVIe Congrès des chir. allemands*).

XI. — Zur Punktionsbehandlung... (Traitement des hémarthroses du genou par la ponction), par Joachim BONDESEN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 3, 1887).

XII. — Grosses, breit mit dem Hüftgelenk... (Hygroma de la bourse du psoas communiquant avec l'articulation coxo-fémorale), par SPRENGEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 1, 1887).

I. — Les auteurs reconnaissent deux grandes classes de luxations pathologiques suivant que les parties molles sont seules altérées ou bien que l'os est malade ; d'où :

1° Luxations par altération des parties molles ;

2° Luxations par altération des surfaces osseuses.

Dans la première classe, ils distinguent deux variétés. La première comprend les cas dans lesquels les parties molles primitivement saines sont modifiées par des actions mécaniques. On trouve dans cette variété : 1° les luxations par surcharge anormale ; 2° les dislocations par tumeur de voisinage (exostoses, sarcomes, anévrismes) ; 3° les luxations par allongement inégal des os dans les segments de membre ou deux pièces squelettiques sont combinées en attelle conjuguée ; 4° les luxations par distension ligamenteuse due à l'attitude. Cette variété, niée par Malgaigne, est établie sur des faits concluants (luxation de la rotule dans le genu valgum ; luxation de la clavicule dans les déviations rachidiennes), etc.) ; 5° les luxations professionnelles (subluxation acromio-claviculaire ; luxation sterno-claviculaire à la suite d'ankylose de l'épaule ; luxation radio-carpienne des imprimeurs justement mise en doute par Malgaigne).

La seconde variété de la première classe comprend les cas où les parties molles sont primitivement malades.

Dans un premier groupe de cette seconde variété, les auteurs rangent les luxations par relâchement ligamenteux dû à un traumatisme antérieur. Ce sont les luxations tardives de Lotzbeck ; puis viennent les luxations par relâchement ligamenteux essentiel, dont le siège de prédilection est l'articulation coxo-fémorale, mais qui ont été aussi observées au genou, à l'épaule, à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Cooper a même observé une luxation volontaire de la rotule. Il est vraisemblable que dans ces cas les ligaments sont le siège d'altérations primitives liées au lymphatisme, à la scrofule, ou à l'arthritisme. Dans la même variété

se rangent encore les luxations par relâchement musculaire, ou paralytiques, dont le mécanisme est connu. Les faits de luxation de la hanche chez les cyphotiques, communiqués par Roser au congrès de Strasbourg de 1885, en font partie. Les luxations paralytiques de l'épaule sont moins connues que celles de la hanche : les auteurs en ont réuni quatre cas appartenant deux à la variété sous-épineuse, deux à la variété sous-coracoïdienne. Pour l'article radio-carpien, les deux cas de luxation paralytique connus sont ceux de Guérin. Au genou, les luxations paralytiques sont exceptionnelles ; au cou-de-pied, elles donnent naissance aux pieds bots. Enfin viennent les luxations dans les arthrites. Quelle est leur pathogénie ? L'hydarthrose, incapable à elle seule de produire une luxation, joue cependant un rôle important : elle ramollit, relâche et détend les ligaments. L'attitude tiraille les ligaments en un point limité, et alors les mscles. Les uns, parésiés, sont incapables de contrebalancer l'effet des autres, qui agissent par leur contraction, leur contracture et leur rétraction et entraînent le membre. L'altération des ligaments et l'attitude vicieuse préparent la luxation, les muscles la produisent. Les arthrites inflammatoires peuvent amener la luxation, surtout à la hanche ; dans les arthrites rhumatismales, les troubles musculaires jouent le rôle capital. Dans les arthrites infectieuses à forme séreuse, la luxation est habituelle, précoce, si bien que souvent elle paraît être le premier symptôme. Après la fièvre typhoïde, qui frappe surtout la hanche, c'est la scarlatine, qui fournit le plus grand nombre de déplacements articulaires. Dans l'hydarthrose tuberculeuse, les déplacements niés par Kœnig ont été observés à la hanche, au genou et au poignet.

La seconde classe des luxations pathologiques, les luxations par altérations osseuses, comprend l'étude des déplacements dans la tuberculose, le rhumatisme chronique, l'ataxie et la syphilis.

Dans les arthrites tuberculeuses de la hanche, lorsque l'os coxal est surtout atteint, on peut observer des luxations intra-acétabulaires, véritables migrations de l'articulation, et en outre les différentes variétés de luxation en avant, en arrière, en haut ou en bas. Lorsque la tête fémorale est très altérée, et surtout complètement détruite, il y a plutôt dislocation que luxation véritable. Y a-t-il des luxations causées par des modifications de volume ou de capacité des pièces articulaires. La diminution de capacité du cotyle, soit par suite du gonflement cartilagineux, soit et surtout par production de granulation et de fongosités, existe. L'existence des luxations produites par ce mécanisme, après avoir été tour à tour admise et rejetée, a été confirmée par Kœnig. Quant à l'augmentation de la tête du fémur, elle n'est pas encore démontrée.

Au genou, le tubercule détruit les insertions ligamenteuses ; la pression entraîne l'usure, l'aplatissement, la déformation des condyles et des plateaux du tibia ; et l'hypertrophie de la partie antéro-inférieure du fémur vient encore favoriser la luxation. Celle-ci se fait en arrière soit directement, soit obliquement.

Il existe dans la science deux cas de luxation en avant.

A l'épaule, la luxation, qui est fort rare, se produit en dedans et en bas. Au coude, la destruction de la coracoïde peut faciliter la luxation en arrière. Les luxations des vertèbres sont à peine indiquées par les auteurs.

Dans l'arthrite sèche, ce sont les déformations osseuses, qui jouent le principal rôle pathogénique vis-à-vis de la luxation. A la hanche, dans la forme atrophique, cavité oblitérée, tête détruite, la luxation est de règle. Mais le plus communément elle reste incomplète. A l'épaule, le déplacement en haut est la luxation ordinaire. Au genou, le tibia peut se luxer dans toutes les directions. La luxation métatarso-phalangienne du gros orteil est connue.

A propos de l'ataxie, les auteurs laissent de côté l'ataxie pour étudier la nature de l'ostéo-arthrite tabétique. Ils se demandent s'il ne s'agit pas d'une ostéite syphilitique.

Le travail se termine par un court chapitre sur les luxations qu'ils appellent par déformations osseuses. Dans cette catégorie rentre le cas de Westbroock dans lequel une tumeur de l'os iliaque avait comblé le cotyle et expulsé la tête fémorale. Dans cette variété de luxation du poignet signalée par Dupuytren, Madelung a constaté une déformation de la surface articulaire anti-brachiale. La portion antérieure est atrophiée, en retrait sur la partie postérieure. Madelung pense que la partie antérieure du cartilage comprimée par la contraction des fléchisseurs s'arrête dans son développement. PIERRE DELBET.

II. — Garçon de 5 ans, saisi il y a 3 ans par l'aile d'un moulin qui le lança à 50 pas de distance. Lorsqu'au bout de trois jours, l'enfant reprit connaissance, on s'aperçut qu'il avait le bras droit complètement paralysé. Ni les appareils inamovibles ni l'électrisation n'ont modifié l'état des choses. Le membre supérieur droit pend entièrement flasque, considérablement émacié et raccourci. La circonférence du bras droit est de 4 centimètres, celle de l'avant-bras de 1 centimètre et demi inférieure à celle des parties congénères gauches. Le raccourcissement est de 4 centimètres. L'omoplate est un peu déplacée : son angle inférieur est plus éloigné de la face postérieure du thorax et la partie inférieure de son bord externe plus rapprochée du rachis. On ne sent plus trace de deltoïde. La tête humérale est à près de 3 centimètres au-dessous de l'acromion et de la cavité glénoïde; on peut introduire profondément les doigts entre eux deux. L'humérus a, en outre, éprouvé un mouvement de rotation en dedans; le sillon intertrochantérien, nettement appréciable à travers les téguments est presque aussi marqué que sur le squelette. L'acromion, l'apophyse coracoïde et la portion supérieure de la tête humérale sont visibles également. Le bras ne suit pas les mouvements que l'enfant imprime à son omoplate; l'articulation de l'épaule ne possède plus aucun mouvement spontané, mais on peut placer la tête dans toutes les positions correspondant aux diverses luxations et subluxations : mouvements du coude à peu près nuls; pronation et supination très restreintes et possibles seulement quand l'avant-bras est fléchi; mouvements de la main et des doigts normaux; aucun trouble de la sensibilité ni des vaso-moteurs. Excitabilité faradique considérablement diminuée pour le nerf circonflexe, intacte pour les autres nerfs du bras; très affaiblie pour le deltoïde, un peu moins pour les autres muscles; intacte à l'avant-bras. Excitabilité galvanique énormément affaiblie au niveau du deltoïde. Pas de réaction de dégénérescence.

Wolff ne connaît qu'un cas analogue au sien, où un relâchement extrême de l'articulation scapulo-humérale a suivi un traumatisme, c'est celui de Friedberg (*Pathologie und therapie der Muskellähmung*, Weimar, 1858 ; 3e observ.) ; il concerne un enfant de 18 mois qui avait fait une chute sur la paume de la main.

A l'imitation de ce qu'Albert a fait pour les jambes de polichinelle, Wolff a voulu produire chez son malade une ankylose artificielle après avoir replacé la tête humérale dans sa situation normale.

Wolff se borna à fixer la tête de l'humérus à la cavité glénoïde après avoir sectionné les insertions musculaires à la grosse tubérosité afin d'augmenter encore la rotation en dedans du membre. Ayant enlevé avec le ciseau le revêtement cartilagineux et la couche osseuse superficielle de la tête et de la cavité glénoïde, avec un vilebrequin, il perfora la tête de dedans en dehors à la limite des tiers moyen et externe et fit de même pour l'omoplate en se tenant à 1 centimètre du bord postérieur de la cavité glénoïde. Un fil d'argent mit en contact les surfaces osseuses avivées. Puis Wolff extirpa une portion de la capsule articulaire de façon à lui redonner une capacité à peu près normale et il sutura au catgut les lèvres de la perte de substance capsulaire. Enfin, il réunit au catgut les incisions musculaires et cutanées en ménageant le passage d'un drain. Guérison par première intention. Exeat le 14e jour avec une écharpe.

Le résultat opératoire a été tout autre et peut-être plus heureux que celui que Wolff recherchait. Au lieu d'une soudure osseuse, l'adhérence est maintenue par le fil d'argent et par une masse fibreuse ou cartilagineuse qu'on sent tout autour des points perforés de la tête humérale et de la cavité glénoïdienne. Donc en place d'une ankylose Wolff, a obtenu une nouvelle articulation à mouvements limités. Les résultats fonctionnels laissent encore à désirer vu l'atrophie considérable du membre. Cependant les progrès sont quotidiens. L'enfant s'habille, peut lancer une balle, manier un bâton, faire claquer un fouet, etc., toutes choses qui lui étaient impossibles. Le deltoïde réagit déjà mieux aux courants électriques. J. B.

III. — Schüssler est l'adversaire d'une telle opération, et il est d'avis que la première indication à remplir consiste à diminuer la charge que supportent les muscles paralysés et atrophiés, en soutenant le membre de façon à faire reprendre autant que possible aux insertions musculaires leurs situations normales réciproques. On y arrive par un bandage approprié, sans immobiliser le coude.

Schüssler rapporte, à l'appui de ce mode de traitement, l'observation d'une fillette de 7 ans, atteinte depuis la première année de la vie, d'une impotence complète du membre supérieur droit, consécutive à une paralysie infantile. Elle porte, depuis 6 ans et demi maintenant, un bandage scapulaire qui n'a jamais déterminé de phénomènes de compression vasculaire ou nerveuse, mais qui l'a mise en état d'écrire et de jouer du piano comme les autres enfants de son âge. Cet appareil comprend trois coussins d'air qu'on gonfle à volonté et qui sont placés, le plus volumineux sous l'aisselle, les deux autres en avant et en arrière de l'épaule de manière à empêcher la tête humérale, soit de s'abaisser, soit de se hisser en avant ou en arrière de l'acromion. Schüssler y a joint la pratique quotidienne des mouvements passifs et actifs et du massage avec faradisation consécutive des muscles. J. B.

IV. — Garçon de 19 ans. Fracture du coude avec issue des os, guérie en ankylose rectiligne avec demi-pronation de la main. Defontaine se décide à faire une section osseuse courbe rappelant la forme de l'échancrure sigmoïde : décollement sous-périosté des surfaces osseuses par deux incisions latérales de 6 centimètres, passage de la lame à chantourner de la scie de Farabeuf et section courbe d'arrière en avant du sommet de l'olécrâne au sommet de l'apophyse coronoïde. La flexion étant encore limitée, Defontaine enlève un peu du sommet de l'olécrâne et de la face antérieure des os de l'avant-bras et du bras. Lavages phéniqués. Fixation du bras dans un appareil spécial qui l'immobilise, permet facilement les pansements et avec lequel on peut mobiliser le coude à chaque pansement dès le 4e jour.

Guérison sans incident. Cicatrisation complète au bout de 2 mois. La flexion arrive à 80-85°, l'extension à 155°. Un an après, le malade se sert de ce bras avec la même force que de l'autre, sauf pour l'élévation d'un poids

par flexion du coude : du côté sain, il soulève ainsi avec peine 15 kilogrammes, et 10 kilogrammes seulement du côté opéré. Il est employé comme manœuvre dans des aciéries, et ce travail fatigant a fait apparaître des craquements dans l'articulation nouvelle. MAURICE HACHE.

V. — Une fille de 11 ans avait depuis 5 mois une luxation en arrière des deux os de l'avant-bras : le coude fléchi à 150° était immobile, sauf un léger mouvement de rotation. La longueur du temps écoulé depuis l'accident, l'épaississement du condyle externe très marqué, l'impuissance du membre déterminèrent à intervenir par une arthrotomie. Incision sur le côté externe du bras et de l'avant-bras parallèle et un peu antérieure au radius : on découvre en arrière du condyle externe une masse osseuse issue de ce condyle, recouvrant complètement en arrière la tête du radius et se continuant avec les tissus refoulés qui constituent la nouvelle capsule. Le cartilage articulaire de l'humérus est mou et sain : la grande cavité sigmoïde est comblée par du tissu fibreux. Stimson divise alors l'olécrâne, libère les condyles et trouve que l'épitrochlée, fracturée lors de l'accident, s'est ressoudée au-dessus de sa position normale. L'olécrâne suturé, le membre est placé en angle de 145° pour éviter, par une flexion plus prononcée, une traction trop vigoureuse sur l'os suturé.

Huit jours après, il n'y avait plus que peu ou pas de suppuration.

Au bout d'un mois, en enlevant l'appareil, on trouva la plaie guérie, mais la luxation s'était reproduite.

Deux mois après la première opération, on intervient de nouveau. La jointure ouverte par la section du triceps, on trouva les surfaces articulaires dépouillées de cartilage, avec des productions osseuses et fibreuses sur leurs bords : résection de l'extrémité inférieure de l'humérus et de la tête du radius. La première section de l'olécrâne était réunie par du tissu fibreux. Guérison en 13 jours : lorsque le malade quitta l'hôpital, l'extension pouvait se faire complète et la flexion allait jusqu'à l'angle droit. — Sept mois plus tard, il y avait ankylose à angle droit.

Cinq observations (rapportées et commentées dans le travail de Stimson) ont été publiées, d'intervention sanglante. Les résultats favorables chez 1 malade de Trendelenburg, 1 de Volker, 2 de Nicoladini, justifient l'opération. MAUBRAC.

VI. — Un enfant de six ans, se fait, en tombant sur la main étendue, une luxation du radius en avant. La luxation est d'abord méconnue, et on recommande les mouvements passifs. Cinq semaines après, on constate la luxation, et comme la flexion et l'extension de l'avant-bras étaient restées incomplètes, Schüssler se décide à intervenir. La réduction n'ayant pu être obtenue, même sous le chloroforme, l'auteur pratique l'arthrotomie ; mais, ayant constaté que la réduction des ligaments ne permettait pas encore de réduire, il résèque la tête du radius. Guérison sans réaction. Résultat fonctionnel parfait. PIERRE DELBET.

VII. — Si l'enfant n'a que peu de boiterie et de douleurs ou s'il est trop faible pour supporter un traitement chirurgical ou orthopédique, Porto conseille l'emploi des moyens palliatifs, corset de Saint-Germain, chaussure élevée, massage, douches, électricité, etc.

Si l'enfant a une difformité très accusée avec douleurs dans la marche, s'il est fort et robuste, on essayera le traitement orthopédique de Pravas auquel on peut adjoindre la section éventuelle des muscles rétractés.

Enfin, dans le cas d'insuccès du traitement orthopédique ou même d'emblée si, chez un sujet de plus de 12 ans, il existe une grande mobilité de l'article ou si la saillie trochantérienne est trop peu prononcée

pour offrir un point d'appui au corset, on recourra au traitement chirurgical.

Indépendamment des observations contestables de Brodhurst, l'auteur a réuni 10 cas de ce mode de traitement, à savoir : *a*) Creusement de la cavité cotytoïde et réduction forcée des fémurs, 1 cas, 1 mort (Margary). *b*) Résection de la tête du fémur et engagement du col dans le cotyle, 1 cas, 1 guérison (Heussner). *c*) Décapitation du fémur et traction continue, 7 cas, 7 guérisons (Margary, Vincent, Mollière, Ogston, Lampugnani). *d*) Résection partielle de la tête du fémur et traction continue, 1 cas, 1 guérison (Lampugnani).

Le seul cas de mort est dû à une pyohémie provoquée par du catgut septique. Quant au choix du procédé opératoire, il doit être dicté par l'état des surfaces articulaires. Ainsi quand, après avoir sectionné les muscles et mis à nu la tête du fémur, on trouve l'ancien cotyle assez vaste, on y réintroduit la tête (Brodhurst) ; si celle-ci est trop grosse pour entrer, on la résèque et on place dans le cotyle le bout restant du col (Heussner) ; si le cotyle n'existe plus, on résèque la tête en totalité (Margary) ou en partie (Lampugnani) et, sans chercher à réduire, on suture et on fait une traction continue. DE SANTI.

VIII. — Homme de 25 ans, fait une chute dans un fossé et éprouve une vive douleur au genou droit, sans que ce genou ait reçu de choc ou porté sur le sol. La jambe est dans l'extension et ne peut être fléchie. Le genou présente une augmentation du diamétre antéro-postérieur et se termine en avant par le bord saillant externe de la rotule. La face postérieure ou la rotule regarde en dehors et un peu en avant, le bord interne repose sur la partie externe de la trochlée fémorale. Le tendon et le ligament rotuliens ont subi une torsion. Le genou est douloureux, mais ne porte pas d'ecchymose. Un mouvement de rotation de dehors en dedans et d'avant en arrière autour de son axe vertical est imprimé à la rotule saisie entre les pouces de deux mains, appliquées sur la face cutanée devenue interne et les seconds et troisièmes doigts appliqués sur la face trochléenne. La manœuvre fut facile, mais avec le chloroforme. Il y a eu un peu de raideur, mais pas d'épanchement ni d'ecchymose.

La contraction musculaire a été la cause de la luxation, mais il a fallu une circonstance adjuvante qui a dû consister dans une rotation exagérée de la jambe en dedans. A. DUCAMP.

IX. — Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui, en dansant une ronde, tomba étendue sur le côté droit et éprouva en même temps une douleur déchirante dans l'articulation du genou du côté correspondant. Le danseur qui la suivait sauta pour l'éviter. Mais un de ses pieds retomba lourdement sur la face interne du genou de la malade, exaspérant la douleur primitivement ressentie. Faucon voit la blessée au bout de 48 heures : jambe dans l'extension ; le genou élargi et aplati était le siège d'un épanchement moyennement abondant : la rotule reposait directement sur la face externe du condyle externe, en avant de la tubérosité externe de ce dernier ; et son bord externe, devenu antérieur, dépassait d'un bon centimètre le rebord de la trochlée fémorale, faisant sous les téguments une saillie nettement appréciable à la vue et au toucher. Quand la malade fut anesthésiée pour la réduction, les facettes de la face postérieure de la rotule et la crête qui les sépare purent être facilement reconnues par la palpation à travers la peau. La réduction fut assez laborieuse malgré l'anesthésie : elle fut obtenue en repoussant avec les pouces le bord interne de la rotule d'arrière en avant, en même temps que les index accrochaient le bord externe pour le faire basculer en dehors. Le bord interne se dégagea brusquement, un claquement caracté-

ristique se produisit et la rotule reprit sa place sans que Faucon ait eu conscience du mouvement de rotation sur son axe vertical qu'elle a dû exécuter.

C'est le premier exemple décrit de luxation complète en dehors avec renversement de la rotule. D'après les expériences cadavériques entreprises par Kirmisson, rapporteur de cette observation, cette lésion a dû se produire en deux temps avec déchirure des ligaments internes et externes de la rotule: 1° luxation transversale de la rotule en dehors au moment de la chute; 2° renversement complet de cet os par le pied du danseur. C'est aussi l'avis de Berger qui a consacré à ces luxations un article classique dans le Dictionnaire encyclopédique.

MAURICE HACHE.

X. — Sonnenburg est d'avis que les arthropathies tabétiques sont une lésion articulaire spéciale, propre à l'ataxie locomotrice. D'après lui, il s'agit toujours d'une arthrite déformante qui est amenée par une fracture articulaire. Cette arthrite déformante se distingue par son évolution rapide et son intensité; en outre, elle peut rétrocéder, ce qui ne se voit pas dans l'arthrite déformante commune. L'opinion de Charcot sur la spécificité de cette arthropathie se trouve confirmée par les recherches d'Oppenheim et de Siemerling qui ont montré une dégénération des nerfs articulaires et osseux correspondants. Le traitement ne peut être qu'expectatif.

Rotter estime qu'on peut ranger en 3 catégories tous les faits d'arthropathie tabétique publiés jusqu'ici: 1° catégorie des arthrites déformantes simples; 2° catégorie des fractures articulaires primitives; 3° catégorie des lésions articulaires trop avancées pour qu'on puisse décider laquelle de l'arthrite déformante ou de la fracture articulaire était l'altération primitive.

Contrairement à Charcot et à Sonnenburg, Rotter adopte la manière de voir de Volkmann et de Virchow que l'évolution spéciale de l'arthropathie est déterminée par l'ataxie et l'analgésie tabétiques. La forme polyarticulaire ne prouve nullement l'origine nerveuse directe de la lésion, car les traumatismes peuvent être multiples.

Kroenig a vu 3 tabétiques affectés d'arthropathie vertébrale à la suite de traumatismes. Ces malades éprouvaient du vacillement pendant la station et la marche et avaient une propension à tomber en avant. Le corset en baleine de Beely leur a été très utile; chez l'un d'eux, il s'est produit une consolidation osseuse.

Von Volkmann insiste également sur l'utilité des bandages dans les arthropathies tabétiques.

Kogel admet comme Virchow que l'arthropathie tabétique est le résultat d'un traumatisme atteignant une articulation dont la nutrition est défectueuse. Ce traumatisme peut porter non seulement sur l'os, mais aussi sur le tissu fibreux voisin et donner lieu par exemple à une rupture du tendon d'Achille ou de celui du biceps.

Julius Wolff, qui a réséqué un genou tabétique, a constaté que le tronçon du tibia se composait de 4 fragments durs réunis par de la matière gélatineuse. Il en conclut que parfois les fractures articulaires, au lieu d'être la conséquence d'une friabilité des os, tiennent à ce que des masses gélatineuses, provenant de l'articulation malade, prolifèrent

dans le tissu osseux et en rendent la fracture facile sous l'influence des traumatismes insignifiants.

Von Volkmann ne saurait se rallier à cette opinion. Pour lui, il n'y a que deux mécanismes possibles de l'arthropathie tabétique : ou bien un travail de raréfaction, une ostéoporose préalable, ou bien des troubles au sein du cartilage osseux qui relâchent les connexions des substances calcaire et cartilagineuse. J. B.

XI. — Depuis plusieurs années, les hémarthroses du genou sont traitées à l'hôpital de Copenhague par la ponction ordinairement suivie d'un lavage soit à l'eau phéniquée à 2 0/0, soit au sublimé à 1/2 0/00. L'auteur a dressé une statistique pour montrer la supériorité de ce mode de traitement. 62 malades ont été traités avant l'antisepsie par la compression, la glace, etc. Depuis, 57 ont été ponctionnés. La moyenne des journées de traitement est de 38 jours pour les 62 de la première catégorie, de 22 pour les 57 de la seconde. Des 57 ponctionnés, 49, soit 86 0/0 sont sortis complètement guéris. Des 67 non ponctionnés, 39, soit 62 0/0 seulement, ont été complètement guéris. La guérison radicale est plus fréquemment obtenue par la ponction. Elle est obtenue d'ordinaire plus rapidement, et on ne voit pas la maladie s'éterniser comme cela arrive chez les malades non ponctionnés. Mais il faut quelquefois renouveler la ponction. PIERRE DELBET.

XII. — L'histoire du malade est en tout semblable à celle qui a été publiée par Schœfer. Tumeur arrondie, occupant la partie antérieure de l'articulation, s'étendant en haut jusque dans le bassin, en bas, à 6 centimètres au-dessous du ligament de Fallope, en dedans jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers interne de ce ligament, en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. La fluctuation manifeste dans l'extension de la cuisse disparaît dans la flexion. L'artère fémorale est repoussée en avant. L'articulation paraît intacte. Il y a seulement une légère limitation des mouvements, facile à expliquer par le volume de la tumeur. Néanmoins on constata au cours de l'opération que l'hygroma communiquait avec la cavité articulaire. Le malade a rapidement guéri avec conservation de l'intégrité des mouvements de la hanche. L'ensemble de ces symptômes, en tout semblables à ceux qui ont été observés par Von Volkmann et publiés par Schœfer, permet de tracer le tableau clinique de l'hygroma de la bourse du psoas.

PIERRE DELBET.

I. — A case of shot wound of lumbar spine, etc. (Plaie par arme à feu de la colonne lombaire. Autopsie au bout de 18 ans), par S. LAMB (*Journ. of Americ. Assoc.*, *p.* 53, 9 *juillet* 1887).

II. — Zur Behandlung der nach Wirbelfraktur... (Traitement de la paralysie par compression de la moelle consécutive aux fractures des vertèbres), par Carl LAUENSTEIN (*Centralbl. f. Chir.*, *n°* 51, 1886).

III. — Ueber den anatomischen Grund der Skoliose (Raison anatomique de la scoliose), par ALBRECHT (*XVIe Congrès des chirurg. allem.*)

IV. — Die Behandlung der Ruckgratsverkrümmungen... (Le traitement des incurvations spinales par le corset de Sayre et la « cuirasse de bois » du Dr Phelps), par NEBEL (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, n^os* 277-278).

I. — J. H..., le 8 mai 1864, reçoit une balle à la région lombaire ; mort le 18 octobre 1882. Voici les points saillants de son histoire :

La balle entrée à gauche de la ligne médiane, au-dessus de la crête iliaque gauche, était passée entre la 3e et la 4e lame vertébrale, avait pénétré dans le canal et s'était logée dans le corps de la 4e lombaire : la queue de cheval blessée s'était enflammée, entraînant un abaissement persistant de la température de la jambe gauche, paralysie motrice et anesthésie du pied gauche, contractions spasmodiques, constipation habituelle et rétention d'urine : durant les quinze premiers jours il y avait eu paraplégie due à la lésion osseuse et au choc. La suppuration détacha la balle qui tomba derrière le corps de la 5e vertèbre. Des portions des corps des 3e, 4e, 5e vertèbres, formaient avec les cartilages une seule pièce osseuse : et sur les lames, en avant de la colonne, existaient des périostoses. Dans chaque aine, on trouvait une induration due sans doute au pus ayant suivi la gaine des psoas : il n'y avait pas de trace d'issue du pus au dehors. A la hanche, on dut ouvrir un abcès, pour enlever des fragments de flanelle. MAUBRAC.

II. — Un matelot de 18 ans fait une chute d'une hauteur de 40 pieds, le 3 février 1886. A son entrée à l'hôpital, on constate une gibbosité considérable. La partie inférieure de la colonne dorsale fait, avec la colonne lombaire, un angle de 145° dont le sommet correspond à l'apophyse épineuse de la 12e dorsale. La motilité des membres inférieurs et des muscles abdominaux est détruite, la sensibilité est intacte ; les réflexes affaiblis. L'urine s'écoule par regorgement ; elle est alcaline ; évacuations alvines involontaires. L'expectation aidée d'un corset ne donne aucun résultat ; orchite par cathétérisme ; la sensibilité diminue à la partie antérieure de la cuisse. Le 6 mars, l'auteur se décide à intervenir opératoirement. Il réséque l'arc postérieur de la 12e dorsale et de la 1re lombaire, ce dernier avec un morceau de la dure-mère adhérente. Suture en étage. Au cours de l'opération, la moelle fut assez violemment contusionnée avec des ciseaux. L'opération n'eut aucun effet immédiat. Le 11 mars, cinq jours après, le malade commença à sentir le besoin d'uriner, l'urine redevint acide, la sensibilité se rétablit, puis la motilité revint. Au commencement de juin, le malade vidait complètement sa vessie. A la fin de mai, il commençait à marcher. Les selles involontaires avaient disparu. Au commencement de septembre, le malade quitte l'hôpital marchant régulièrement. La guérison fut retardée par une paralysie des péroniers consécutive à la contusion de la moelle survenue au cours de l'opération.

Comme conclusion, l'auteur est d'avis que, dans les cas violents, il ne faut pas opérer, parce que la paralysie peut disparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Mais, lorsqu'il est probable que la moelle n'est pas complètement broyée, si aucune amélioration ne s'est manifestée au bout de huit semaines, il faut intervenir. PIERRE DELBET.

III. — 1° Les scolioses portent aussi sur le crâne, qui a une origine vertébrale.

2° Parmi tous les vertébrés, seuls les oiseaux et les mammifères présentent des scolioses. La raison en est que le segment qui réunit le 4e et le 5e arc aortique subsiste des deux côtés chez tous les autres vertébrés, tandis qu'il disparaît d'un côté chez les oiseaux et les mammifères.

3° Il existe des scolioses normales et des scolioses pathologiques. Les scolioses pathologiques, déterminées par la station bipède, ne sont qu'une exagération des scolioses normales.

4° Chez les oiseaux, la scoliose originelle se fait du côté gauche. Chez eux le segment qui réunit le 4e au 5e arc aortique disparaît du côté gauche : il en résulte que la moitié gauche du corps chez l'embryon

reçoit du sang artériel pur et est mieux nourrie que la droite. Les muscles s'y développant davantage, l'usage du membre gauche devient prédominant ; la colonne dorsale s'incline de ce côté.

5° Chez les mammifères, c'est le segment intermédiaire du côté droit qui disparaît, d'où prédominance du membre droit et scoliose droite.

6° Albrecht fait passer un axe par le point culminant de la colonne scoliotique et le nomme axe scoliocentrique ; le point où cet axe coupe la colonne est le centre scoliotique. — Chez les mammifères, il existe six scolioses préscoliocentriques, et cinq postscoliocentriques. Des six scolioses préscoliocentriques quatre occupent le crâne.

7° Lorsque l'artère sous-clavière droite a une origine excentrique par rapport à la gauche, le membre supérieur gauche reçoit un sang plus riche et la scoliose se fait à gauche.

8° Il faut distinguer des droitiers, des gauchers anatomiques, des droitiers et des gauchers physiologiques. Les droitiers anatomiques sont ceux dont l'artère sous-clavière droite a une origine plus centrale ; les gauchers anatomiques sont ceux dont l'artère sous-clavière droite à une origine excentrique L'habitude et l'exercice peuvent faire un droitier d'un gaucher anatomique, et réciproquement. PIERRE DELBET.

IV. — Ce mémoire, appuyé sur plus de 50 observations personnelles très détaillées, est consacré par Nebel à l'exposition précise de la méthode de Sayre, très imparfaitement connue et appliquée en Allemagne, paraît-il. L'auteur insiste surtout sur le traitement du mal de Pott et sur les grands ménagements avec lesquels il faut appliquer l'extension dans ces conditions.

Il décrit aussi la cuirasse de bois ou lit mobile de Phelps, destiné à remplacer le corset plâtré dans les cas où il n'est pas applicable pour des causes diverses. Cet appareil, qui ressemble grossièrement à une gouttière de Bonnet, est plus simple et beaucoup moins coûteux que celui que Sayre a lui-même conseillé dans le même but. MAURICE HACHE.

I. — Behandlung der Retraktion der Palmaraponevrose (Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire), par Theodor KOCHER (*Centralb. f. Chirurg.*, *n*os 26 *et* 27).

II. — Ueber den Abriss der Strecksehne von des Phalanx des Nagelgliedes (Arrachement du tendon extenseur de la phalange unguéale), par F. SCHŒNING (*Archiv f. klin. Chir.*, *XXV*, *Heft* 1).

III. — Note sur l'étiologie et le traitement du doigt à ressort, par SCHMIT (*Bull. de thérapeutique*, *février et mars* 1887).

VI. — Note sur le traitement de l'orteil dit en marteau, par TERRIER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 210 *et* 328, 1887).

V. — Orteil en marteau, par E. COHEN (*Thèse de Paris*, *n*° 212, 1887).

I. — La méthode de Kocher consiste à exciser l'aponévrose palmaire et ses prolongements dans toute l'étendue atteinte, et cela au moyen d'une simple incision longitudinale de la peau. On se contente de disséquer cette dernière dans toute l'étendue nécessaire, mais sans en rien retrancher. Kocher a opéré quatre cas par cette méthode ; les résultats ont été parfaits et il n'y a pas eu de récidive.

L'examen histologique des portions d'aponévrose enlevées a été fait par Langhans. Les lésions sont disposées en foyer, dont les uns sont situés dans l'aponévrose elle-même, les autres dans les tissus environnants. Dans ceux-ci, on voit les noyaux des gaines artérielles proliférer abondamment, et les capillaires s'entourer de nombreux noyaux. Dans l'aponévrose, le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux prolifère et sépare les faisceaux aponévrotiques. Les noyaux de l'aponévrose se multiplient au point de détruire l'architecture du tissu. On ne peut affirmer qu'il y ait diapédèse de globules blancs.

Cette étude montre que, dans la maladie décrite par Dupuytren, la lésion première siège dans l'aponévrose palmaire. Ainsi que Richer l'a constaté, la peau est primitivement intacte. Toutefois l'aponévrose palmaire envoie jusque dans la peau des prolongements qui peuvent être atteints, mais secondairement. Le point important, c'est que l'aponévrose est le siège du mal. C'est donc sur elle seule que l'opération doit porter.

PIERRE DELBET.

II.—Un homme de 50 ans tombe du tramway et la pointe de ses doigts étendus porte sur le sol. Huit jours après, on constate que la phalange unguéale du petit doigt de sa main droite est constamment en flexion : l'extension est devenue impossible. Appareils en plâtre, puis en gutta-percha pour maintenir la dernière phalange en extension. Ce résultat fut parfait ; le malade a recouvré l'entière liberté de ses mouvements.

L'auteur à entrepris quelques expériences sur le sujet. Comme Segond, il a constaté que le tendon arrache d'ordinaire un petit fragment d'os. Toutefois, dans quelque cas, il a vu un arrachement du tendon lui-même à son point d'insertion, arrachement, à vrai dire, incomplet. Dans les expériences cadavériques, on ne peut arriver à produire l'arrachement du tendon ou de son point d'insertion, qu'à la condition de maintenir en extension la seconde phalange. Si cette dernière est fléchie, tous les efforts ne peuvent arriver qu'à fracturer la phalange unguéale sans produire la lésion en question. En disséquant les pièces cadavériques, on constate que le fragment d'os arraché reste en place, retenu qu'il est par la capsule. Mais, si l'on fléchit la phalange unguéale, on voit la séparation entre la portion arrachée qui ne bouge pas et le reste de la phalange qui se fléchit. Comment se produit cet arrachement ? Si on coupe les tendons extenseurs de plus en plus loin du muscle, on arrive à les sectionner sur la première phalange, au-dessous des extensions des lombricaux et des interosseux, et cependant l'arrachement se produit toujours. Ainsi, pour l'auteur, les languettes des tendons expenseurs, solidement fixées à la capsule au niveau de l'articulation phalango-phalangienne jouent le rôle d'un ligament étendu entre la phalange et la phalangette, et il compare l'arrachement du point d'insertion de la phalangette à l'arrachement de la malléole interne, dans la rotation du pied en dehors. Si l'arrachement ne se produit que pendant l'extension de la seconde phalange, cela tient à ce que, lorsque cette phalange se fléchit, les deux languettes des tendons extenseurs glissent sur les parties latérales de la tête osseuse et cessent d'être tendues. PIERRE DELBET.

III. — La cause anatomique du doigt à ressort est, dans l'immense majorité des cas, constituée par une lésion du tendon. On constate, en effet, sur le tendon, la présence d'une nodosité. Cette nodosité est souvent cachée dans les masses musculaires.

Au point de vue étiologique, les professions et les occupations qui exigent un travail manuel soutenu ont, sur le développement du doigt à ressort, une influence égale à celle de la diathèse arthritique.

La guérison de l'affection est d'autant plus facile et plus certaine que le repos du doigt atteint et l'emploi de quelques adjuvants suivent de plus près le début du mal. A. LESAGE.

IV. — Jeune femme présentant aux deux pieds la déformation dite en marteau du deuxième orteil. Cor très douloureux et bourse séreuse enflammée sur la partie saillante de l'articulation de la première phalange avec la seconde. Dans la même séance, Terrier fait de chaque côté l'opération suivante :

1° Incision transversale des téguments au-dessus et au-dessous du cor, ablation des parties molles intermédiaires ;

2° Ouverture de l'articulation phalango-phalanginienne et section des ligaments latéraux ;

3° Résection cunéiforme des surfaces articulaires avec une pince coupante ;

4° Suture au crin de Florence des téguments ; drainage.

Cicatrisation complète en 8 jours. Depuis, marche sans gêne ni douleur ; l'articulation réséquée est encore un peu mobile.

Ce nouveau procédé donne des résultats plus certains que la ténotomie classique.

Le 18 mai, Terrier présente un second malade opéré de même.

MAURICE HACHE.

V. — Revision rapide de la pathogénie et symptomatologie de l'affection, suivie d'un exposé du mode de traitement employé par F. Terrier : l'ostéotomie.

Il n'y a guère de contre-indication que lorsqu'il y a flexion prononcée de la seconde phalange sur la troisième avec ankylose de l'articulation de ces deux phalanges entre elles.

La résection porte sur les deux extrémités articulaires : elle est faite avec la pince coupante. Une attelle de bois maintient l'orteil rectiligne jusqu'à guérison parfaite. Sont rapportées 3 observations dans lesquelles ce procédé a été employé avec succès complet. MAUBRAC.

Des kystes épidermiques des doigts, par Jacques-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande, VII*, 121 *et* 169, *mars et avril* 1887).

Monographie basée sur trente-deux observations, dont deux personnelles. Ces kystes, que la plupart des ouvrages classiques ne signalent pas, ont reçu, suivant les observateurs, les divers noms de kystes dermoïdes (Rizet, Muron) ; d'athéromes (Billroth, Kuester) ; de kystes sébacés (Gillette, Poland, Savage, Treves); de polyadénomes (Demay); de tumeurs perlées (Chavasse, Gross); de kystes épidermiques (Troquart).

C'est presque uniquement à la face palmaire qu'on les rencontre ; l'index est de beaucoup le plus fréquemment atteint. Le volume du kyste est le plus souvent celui d'une noisette ou d'une bille. La tumeur est placée dans le tissu cellulaire sous-cutané ; tantôt elle est complètement libre, tantôt adhérente à la peau ou aux gaines tendineuses; dans un cas (Poulet), elle avait un prolongement sous-aponévrotique. De forme arrondie, au début, le kyste devient ovalaire, en s'accroissant dans le sens de la longueur des phalanges.

La tumeur enlevée et examinée à l'œil nu se présente sous deux formes, entre lesquelles on trouve tous les intermédiaires : ou bien elle

est formée par une mince membrane souple, blanchâtre ou jaunâtre à sa face interne, et par un contenu abondant; ou bien, au contraire, la paroi est épaisse, résistante, et la cavité centrale relativement petite; dans ce dernier cas, la paroi offre la coloration nacrée, caractéristique des tumeurs perlées.

Le contenu est tantôt blanchâtre, pâteux, analogue à du suif; tantôt jaunâtre, grumeleux, mélicérique, ressemblant au contenu des tannes ou des loupes; exeptionnellement, il est calcifié.

Les parois du kyste sont essentiellement constituées, au microscope, par de l'épithélium, tantôt disposé en couches successives qui se suivent comme dans l'épiderme normal; tantôt composé de cellules fusiformes, aplaties, tassées les unes sur les autres, généralement dépourvues de noyaux, sauf dans la couche périphérique.

La cavité centrale de la tumeur est remplie d'une bouillie formée d'éléments épidermiques desquamés, de graisse et de cholestérine. Jamais on n'y a trouvé ni poils, ni dents, ni fragments osseux.

La coque épidermique est plus ou moins solidement soudée sur le tissu conjonctif qui l'avoisine. Jamais on n'a trouvé dans la paroi kystique, ni glandes sébacées ni follicules pileux.

Les kystes épidermiques des doigts sont presque exclusifs au sexe masculin. Ils ne se développent jamais dans l'enfance, et sont encore rares dans l'adolescence. Leur origine traumatique paraît évidente dans un grand nombre de cas, et on les rencontre de préférence chez des individus particulièrement exposés par leur profession aux blessures des doigts.

La peau soulevée par la tumeur ne présente pas d'altération, sauf parfois un durillon. La consistance du kyste est le plus souvent dure et élastique, comme dans un fibrome. Quand le kyste est devenu volumineux, il ne cause guère que de la gêne mécanique à moins qu'il ne soit enflammé.

Le traitement consiste dans l'ablation par énucléation.

Différentes opinions ont été émises sur la nature de ces kystes. Certains auteurs les ont considérés comme des kystes par rétention ayant pour origine les glandes sébacées ou les glandes sudoripares; d'autres en ont fait des kystes dermoïdes; enfin, les derniers, considérant leurs rapports avec les traumatismes et les comparant aux tumeurs perlées de l'iris, y ont vu le produit de greffes traumatiques; c'est à cette opinion que Reverdin se rallie. J. B.

I. — **Die Phelps'sche Methode der Klumpfussbehandlung (Traitement du pied bot), par PHILIPSON** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXV, p.* 287-303, 1887).

II. — **Behandlung des Pes calcaneus (Traitement du pes calcaneus paralytique par la transplantation des tendons péroniers dans le tendon d'Achille), par V. HACKER** (*Soc. des méd. de Vienne,* 11 *juin* 1886).

III. — **Zur operativen Behandlung des Pes Varus paralyticus (Procédé opératoire pour le pied varus paralytique), par RYDYGIER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 687, 4 *octobre* 1886).

IV. — **Autopsie d'un genu valgum traité huit ans auparavant par l'ostéoclasie**

et promptement suivi de récidive, par KIRMISSON (*Bull. Soc. de chir.*, *XIII*, *p.* 517-519).

I. — Philipson expose et défend la méthode de Phelps pour le traitement du pied bot, qui n'a jamais été suffisamment décrite. Son principe fondamental est que les parties molles sont le seul obstacle au redressement du pied, et qu'après des sections tendineuses et aponévrotiques suffisantes on peut toujours redresser le pied et lui rendre ses fonctions en produisant des luxations et en déterminant la formation de pseudarthroses.

Dans les cas moyens, il suffit de faire la section sous-cutanée du tendon d'Achille et, au besoin, de l'aponévrose plantaire, suivie de la section à ciel ouvert du tendon du tibial postérieur au-devant de la malléolle et, point capital, du ligament latéral interne en éventail de l'articulation tibio-tarsienne.

Pour les cas graves, après section sous-cutanée du tendon d'Achille, on fait, entre la malléole interne et l'interligne de Chopart, une incision de 3 à 4 centimètres, perpendiculaire à la plante du pied, à travers laquelle on sectionne successivement le tendon du tibial postérieur, le ligament latéral interne, le long fléchisseur commun, l'abducteur et le long fléchisseur du pouce. On glisse alors un ténotome sous la peau et on sectionne à petits coups l'aponévrose plantaire et le court fléchisseur des orteils. Ces diverses sections sont faites progressivement, pendant qu'on cherche à redresser le pied et qu'on met ainsi en évidence les obstacles qui s'opposent à son redressement.

Au besoin, en cas de déformation considérable du col de l'astragale, on peut en faire la section sans perte de substance.

Ces sections ne sont que le prélude du traitement, qui consiste dans l'application d'un appareil plâtré jusqu'à la guérison de la plaie, et ensuite d'un appareil à traction élastique qui doit être porté indéfiniment en cas de pied bot paralytique. MAURICE HACHE.

II. — Cette opération a été pratiquée trois fois à la clinique d'Albert; les résultats immédiats sont bons. Nicoladoni, dans son cas, a vu au bout de quelques années les tendons péroniers se détacher du tendon d'Achille et la déformation se reproduire.

Hacker a opéré une fille de 10 ans, atteinte de pied bot équin paralytique, par le procédé de Nicoladoni: incision sur le bord externe du pied au niveau de la limite antérieure des tendons péroniers; ces tendons sont détachés du péroné et fixés dans le tendon d'Achille. Au bout de cinq semaines, l'opérée marche sur la plante du pied; le pied est encore dans la pronation, mais l'auteur compte sur l'électrisation pour arriver à un résultat complet. L. GALLIARD.

III. — Le procédé opératoire proposé par Rydygier pour les cas de pied bot paralytique, où les appareils orthopédiques ne peuvent être appliqués, a le double avantage de procurer l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, tout en permettant le redressement du pied.

Incision longitudinale de 6 centimètres de long sur la face dorsale de l'articulation tibio-tarsienne, le long du péroné; mise à découvert des surfaces articulaires de l'astragale et du péroné, qu'on sépare de leur cartilage; excision, à la face supérieure de l'astragale, d'un cône horizontal à

base dirigée en dehors. Séparation de la surface articulaire du tibia d'avec son cartilage. Drainage en arrière. Redressement du pied dans le pansement antiseptique. Comme traitement secondaire, usage d'une botte avec attelles latérales fixes. J. B.

IV. — Enfant de 15 ans, mort de tuberculose pulmonaire, le 29 avril 1887. Le 21 septembre 1884, on lui avait fait l'ostéoclasie avec l'appareil de Robin pour un genu valgum du côté droit, donnant un écartement de $0^{m},135$ entre les 2 malléoles. Le 29 décembre, il quitte l'hôpital, marchant bien avec son membre redressé. Il rentre le 12 mars 1887 avec une récidive de son genu valgum, qui donne le même écartement malléolaire qu'au moment de l'opération, et des lésions pulmonaires très avancées.

L'autopsie montre que la difformité consiste en une courbure angulaire du fémur à sommet interne existant immédiatement au-dessus de l'articulation; les surfaces articulaires elles-mêmes ne participent en rien à la maladie.

Lannelongue a vu fréquemment, après l'ostéoclasie, la déformation se reproduire au bout de 5 à 6 mois, surtout chez les enfants ; aussi a-t-il renoncé depuis longtemps à cette opération. MAURICE HACHE.

I. — **Zur Casuistik der Wanderleber (Foie mobile), par H. ROSENKRANZ** (*Berl. klin. Woch.*, 19 *septembre* 1887).

II. — **Beitrag zur Behandlung... (Traitement des blessures du foie), par BURCKHARDT** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 5, 1887).

III. — **Sur les abcès tuberculeux périhépatiques et sur le traitement qui leur convient, par LANNELONGUE** (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 31 *mai* 1887).

IV. — **Rupture of gallbladder, par Arch. DIXON** (*Annales of Surgery*, *avril* 1887).

V. — **Ueber Extirpation... (Extirpation de la vésicule biliaire), par H. TILLMANNS** (*XVI° Congrès des chir. allemands*).

VI. — **Extirpation de la vésicule biliaire et fixation d'un rein mobile, par TISCHENDORF** (*Ibidem*).

VII. — **Zur Chirurgie der Gallenblase, par E. KÜSTER** (*Ibidem*).

VIII. — **Ueber Chirurgie der Gallenwege (Voies biliaires), par HOFMOKL** (*Wiener med. Presse*, *n°* 25, 1887).

IX. — **Gallensteinoperationen, par COURVOISIER** (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *mai* 1887).

X. — **Fall von Cholecystotomie, par COURVOISIER** (*Ibidem*, 1er *juin* 1887).

XI. — **Neue Beitrage zur Chirurgie... (Nouveaux cas d'opération sur les voies biliaires), par Carl LANGENBUCH** (*Berlin. klin. Woch.*, 11 *et* 18 *octobre* 1886).

XII. — **Die einzeitige Cholecystenterostomie, par O. KAPPELER** (*Corr.-Blat. f. schw. Aerzte*, 1er *septembre* 1887).

XIII. — **Echinococco del fegato, resezione del fegato (Résection du foie), par P. LORETA** (*La Riforma med.*, 14 *septembre* 1887).

XIV. — **Zur Diagnose und Therapie der Pancreascysten, par E. KÜSTER** (*Berl. klin. Woch.*, 28 *février* 1887).

XV. — **Wandermilz... (Rate mobile, extirpation), par E. DONAT** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXIV*, 4).

XVI. — Two cases (2 cas) of splenectomy, par Knowsley THORNTON (*Med. Chir Transact. LI, p.* 407).

I. — L. Landau (*Die Wanderleber und der Hängenbauch der Frauen*, Berlin, 1885) n'a pu réunir que 26 observations de foie mobile dont 14 lui appartenant. Le fait de Rosenkranz présente deux particularités intéressantes, le début brusque des accidents et la non-existence d'un ventre pendant, complication habituelle des foies flottants.

Femme de 48 ans, ayant eu 8 accouchements normaux, mais aucune maladie. Au milieu de février, elle est brusquement prise de violents vomissements durant 20 heures et de douleurs internes au creux épigastrique et tout autour de la ceinture. Puis se développent une ascite énorme et de l'anasarque des membres inférieurs et des parois abdominales, sans albuminurie ni lésion cardiaque. Sous l'influence de diurétiques et de purgatifs, les épanchements disparurent rapidement. Mais, 5 semaines plus tard (le 12 mai), la malade crut à une reproduction de son ascite. En réalité, la cavité abdominale, jusqu'un peu au-dessus du nombril, était remplie par une tumeur qui n'était autre que le foie abaissé et mobile en toutes directions et se laissant même retourner sens dessus dessous. J. B.

II. — Un homme de 27 ans reçoit un coup de couteau dans l'abdomen. L'orifice d'entrée se trouve sous l'arc des côtes au niveau de la ligne mamelonnaire. Les parties inférieures de l'abdomen sont mates, les parties supérieures donnent un son tympanique. Les vêtements du blessé étaient couverts de sang; son extrême faiblesse ne permettait pas de douter que l'hémorragie eût continué à l'intérieur. Il était évident que, si on ne trouvait pas rapidement la source de l'hémorragie, la mort allait survenir. Le malade étant endormi, on explore la plaie : aussitôt que les lèvres de la plaie péritonéale sont écartées, un jet de sang s'échappe. On agrandit rapidement l'incision, et après avoir inutilement cherché du côté des vaisseaux mésentériques et stomacaux, on s'aperçoit que c'est le lobe gauche du foie qui est le siège de l'hémorragie. On tamponne la plaie hépatique avec de la gaze iodoformée, et on suture la partie inférieure de la plaie abdominale. La guérison est troublée par une pneumonie, mais il n'y a pas de péritonite. Au bout de quelques jours, la plaie donne issue à une certaine quantité de bile. Au bout de neuf semaines, le malade était guéri, mais il restait une fistule. Huit mois après, la fistule persistait encore. Le malade étant endormi, on élargit le trajet, et on constate la présence d'un morceau de gaze qui était resté dans le fond de la plaie hépatique; ce morceau étant enlevé, la fistule guérit spontanément.

L'auteur pense que, dans les blessures du foie, la suture n'est applicable que si la plaie est superficielle. Lorsqu'elle est profonde, il est préférable de recourir au tamponnement par la gaze iodoformée ; d'autant plus qu'alors des conduits biliaires volumineux sont toujours intéressés. Or, l'écoulement de la bile est un obstacle au succès de la suture, tandis que le tamponnement reste assez longtemps actif, pour que des adhérences s'établissent et que la bile s'écoule au dehors sans pénétrer dans le péritoine. PIERRE DELBET.

III. — Quel que soit le siège des abcès tuberculeux périhépatiques, leurs rapports avec le foie ne sont pas toujours immédiats : leur origine peut avoir lieu dans les couches profondes de la paroi abdominale, sur la face interne des dernières côtes, dans le diaphragme, dans le péritoine environnant, d'où la paroi de l'abcès se développe sur la surface du foie en provoquant d'habitude une périhépatite adhésive qui contribue à limiter les désordres. D'après quatre cas de ce genre, dont l'auteur

donne le résumé, on peut conclure que l'incision simple à travers la paroi abdominale et la décortication du foyer tuberculeux constituent la méthode de choix pour les abcès tuberculeux périhépatiques dont la cavité s'affaisse après son ouverture, et dont l'abord opératoire est facile. La résection du bord inférieur du thorax jusqu'à la septième côte doit être préconisée pour les abcès sous-phréniques supérieurs. M. D.

IV. — Un homme de 32 ans fait, le 20 août 1886, une chute de la hauteur d'un troisième étage. Outre la luxation de deux côtes, le blessé se plaignait beaucoup de l'abdomen. Les douleurs augmentèrent, la fièvre se déclara et, le 28 août, une ponction amena du pus sanglant avec de la bile; on diagnostiqua une rupture de la vésicule biliaire. Aussitôt, incision de Langenbuch qui conduit sur une tumeur de tissu connectif englobant et isolant du péritoine la vésicule affaissée : cette dernière était rompue et, après ligature du canal cystique, elle fut enlevée. Le 10e jour, alors que la plaie était guérie, survint, avec de l'ictère, une diarrhée profuse, acholique, et le 17e jour après l'opération (le 25e après l'accident), le patient mourait.

A l'autopsie, on trouva les canaux cholédoque et biliaires distendus par la bile, qui ne pouvait s'écouler dans le duodénum, l'orifice du canal cholédoque étant oblitéré par deux calculs gros comme une aveline.

Les canaux biliaires et cholédoque avaient été explorés au moment de l'opération, et on n'y avait rien trouvé d'anormal. MAUBRAC.

V. — Tillmanns a pratiqué avec succès l'extirpation complète de la vésicule. Dans un autre cas, il a fait l'incision en deux temps. La vésicule contenait 302 calculs. La malade a succombé neuf jours après l'opération; elle avait un cancer du foie.

Tillmanns pense que, parmi les diverses opérations qu'on pratique sur la vésicule, seule l'extirpation complète peut assurer la guérison radicale. PIERRE DELBET.

VI. — La vésicule biliaire énormément distendue renfermait 49 calculs et elle était solidement unie par une masse de brides cicatricielles avec le rein droit mobile. La vésicule fut extirpée, et, la réduction du rein étant alors devenue possible, cet organe fut fixé par des sutures devant la douzième côte. La malade a parfaitement guéri ; et, depuis quatre mois, le rein n'a pas quitté sa place.

Langenbuch a pratiqué récemment l'extirpation d'une vésicule qui renfermait 82 calculs. Elle était en un point tellement amincie que, si on avait fait l'incision suivie de suture, une perforation serait certainement survenue. Aussi considère-t-il l'opération de Küster comme dangereuse.

Langenbuch partage cette opinion. Küster répond que les altérations des parois de la vésicule sont une contre-indication avec l'opération qu'il a décrite. Il fait remarquer qu'on ne peut se prononcer encore aujourd'hui sur les conséquences de l'extirpation de la vésicule biliaire. Il faut pour cela attendre plusieurs années. PIERRE DELBET.

VII.—Küster propose d'inciser la vésicule et de la réduire après suture. Il a fait deux fois cette opération. Dans le premier cas, il y avait une péritonite qui entraîna la mort. Le second malade a guéri, mais, dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, on pouvait sentir la vésicule fortement distendue, probablement par du sang. L'auteur ne pense pas que ce procédé doive supplanter l'extirpation de la vésicule. Dans certains cas, cette dernière opération est nettement indiquée. Mais souvent la résection est inutile; il faut alors l'éviter, car il est possible que la suppression de la vésicule biliaire détermine des troubles de la digestion.

PIERRE DELBET.

VIII. — Hofmokl a opéré le 6 février 1885 une femme de 40 ans atteinte d'hydropisie de la vésicule biliaire; la cholécystotomie lui a permis d'enlever 20 calculs. Plus tard, fistule biliaire qui nécessita une opération. Au mois d'avril 1885, guérison complète. Actuellement (22 avril 1887), la santé est bonne. On trouve une cicatrice déprimée, mais pas de tumeur ; pas de signes de calculs dans la vésicule.

Une autre femme, de 45 ans, a subi la cholécystotomie le 29 mars 1887 pour l'hydropisie de la vésicule; on a retiré deux calculs volumineux; la plaie est encore ouverte et fournit un peu de muco-pus, mais pas de bile. L'état de l'opérée est satisfaisant. L. GALLIARD.

IX.—1er *cas*. Ouvrière âgée de 28 ans, ayant depuis deux ans sur la ligne médiane, au niveau de l'ombilic, une tumeur fluctuante, mobile, à développement lent et séparée du foie par une sonorité tympanique. Diagnostic : kyste dermoïde de l'épiploon. Laparotomie qui révèle, au lieu de cela, un kyste de la vésicule biliaire adhérant aux organes voisins. Extirpation de la tumeur; 8 ligatures dont 2 dans le foie. Guérison rapide.

2e *cas*. Femme de 49 ans, ayant eu des coliques hépatiques ; graduellement, se développe, au niveau de la vésicule biliaire, une tumeur caractéristique par sa forme. Laparotomie qui montre, au lieu d'une tumeur calculeuse de la vésicule, une tumeur carcinomateuse soudée à l'épiploon. Courvoisier la laisse en place et referme le ventre.

3e *cas*. Femme de 49 ans opérée par Socin. Diagnostic douteux. Laparotomie et cholécystectomie rendues laborieuses par le ballottement de la vésicule dilatée et par une hémorragie provenant d'un lobe hépatique surplombant la tumeur. Le canal cystique était fermé par une sorte de soupape constituée par 2 calculs qui permettent l'entrée de la bile en s'opposant à sa sortie. Guérison.

Courvoisier a connaissance de 37 cholécystotomies dont 6 ont été suivies de décès ; 3 par collapsus, aucun par péritonite. D'autre part, on a publié 18 cholécystectomies avec 4 morts, mais 2 de celles-ci ne sont pas imputables à l'opération. J. B.

X. — Homme de 37 ans atteint de lithiase biliaire depuis 4 ans, d'ictère permanent depuis 2 ans, et ayant des douleurs violentes depuis 9 semaines. Bien que le diagnostic fût indécis, Courvoisier fit la cholécystotomie. Il existait de nombreuses adhérences périhépatiques. La vésicule incisée contenait de la bile mais pas de calculs. En revanche, il y avait des calculs dans les gros conduits biliaires; Courvoisier se contenta de les écraser avec une pince à polypes. Suture de la vésicule. L'opéré ayant commis un écart de régime, le 10e jour, la plaie se désunit, et il se produisit un écoulement de bile en dehors. Néanmoins, le malade reprend ses forces et son ictère diminue. J. B.

XI. — Langenbuch rapporte sous ce titre 7 opérations ; une laparotomie pour assurer le diagnostic de calculs biliaires ; 2 cholécystotomies, l'une pour empyème de la vésicule, l'autre pour cholélithiase et 4 cholécystectomies, dont 1 pour fistule biliaire persistant après une cholécystotomie, et 3 pour cholélithiase. Sur les 7 opérés, un seul a succombé. C'est une femme de 43 ans qui avait une obstruction permanente du canal cholédoque; après avoir broyé les calculs qui bouchaient ce conduit, Langenbuch fit l'extirpation de la vésicule, mais la malade épuisée succomba 22 heures après l'opération. J. B.

XII. — Homme de 55 ans, bien portant jusqu'au milieu de décembre dernier où, à la suite d'une chute dans l'eau, il fut pris de fièvre, d'oppression, etc., puis deux mois plus tard de l'ictère qu'il a encore maintenant et qui s'est développé graduellement sans autres symptômes qu'une grande lassitude, de l'inappétence et un prurit intense, privant le malade de tout sommeil et une

tuméfaction du foie. Quatre semaines après le début de l'ictère, on reconnut l'existence d'une tumeur de la vésicule biliaire. Selles argileuses, urines brunâtres contenant la matière colorante de la bile.

La matité hépatique commence dans la ligne mamelonnaire, au niveau du bord supérieur de la 7e côte et dépasse d'un travers de main le rebord costal; sur la ligne médiane, elle descend à mi-distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Le bord inférieur du foie est dépassé, dans sa partie moyenne, sur une hauteur de 5 à 6 centimètres, par une tumeur piriforme, rénitente, élastique et fluctuante. Ni ralentissement du pouls, ni fièvre, ni douleurs.

Laparotomie le 6 juillet 1887. Incision longitudinale de 20 centimètres, le long du bord externe du grand droit commençant au rebord costal droit et passant par le milieu de la tumeur biliaire. La palpation de la vésicule jusqu'au canal cystique ne fait reconnaître aucun calcul. Le foie et l'estomac ne présentent aucune tumeur. En revanche, en travers de la colonne vertébrale, au niveau de l'emplacement du pancréas, on sent une tumeur bosselée de la grosseur du poing. La vésicule biliaire, attirée hors du péritoine, est ponctionnée avec un trocart moyen qui donne issue à 350 grammes de bile noirâtre ; puis on la lave avec de l'eau salicylée. Ne pouvant songer à enlever la tumeur qui comprimait le canal cholédoque, Kappeler se résolut à établir une fistule cysto-intestinale. Il choisit à cet effet l'anse d'intestin la plus voisine, qui n'était ni le duodénum, ni le côlon, tous deux invisibles. Il passa à travers le mésentère deux anses de catgut distantes de 6 centimètres pour isoler cette anse du reste de l'intestin, puis il l'incisa sur une longueur de 2 centimètres et agrandit avec les ciseaux l'ouverture du trocart, de façon à ouvrir la vésicule biliaire sur une étendue égale. Ayant ensuite affronté les deux ouvertures, il les sutura en commençant par les séreuses postérieures (suture interne analogue à la gastrorraphie de Wölfler); il unit ensuite les muqueuses circulairement et finit par la suture en double rangée de Czerny, pour les séreuses antérieures. La plaie des parois abdominales fut enfin refermée sans drainage, par une triple suture au catgut. Apyrexie dès le cinquième jour. Le sixième jour, première selle colorée et disparition presque entière du prurit. A partir du neuvième jour, l'urine ne renferme plus de matières colorantes biliaires, et l'on commence l'alimentation carnée. Le dix-septième jour, le malade commence à se lever et l'ictère a disparu. J. B.

XIII. — Homme de 40 ans, porteur d'une tumeur épigastrique solide, indolente, du volume d'une tête de fœtus. Ne pouvant préciser le diagnostic, Loreta pratique la laparotomie; la dureté de la tumeur, ses apparences étaient en faveur, même à ventre ouvert, d'une tumeur solide ; une ponction exploratrice fait reconnaître un kyste hydatique. Le kyste est vidé avec une cuillère. Loreta trouve son lobe du foie farci de petites poches hydatiques, il pratique la résection de ce lobe (15 centimètres 1/2 de long sur 14 centimètres de large).

Pour se garantir de l'hémorragie, il fait une suture entrecoupée à un centimètre en arrière du point de résection et retranche la partie d'un coup de bistouri. La capsule de Glisson est rabattue sur la plaie et suturée avec celle de l'autre bord et le foie rentré dans la cavité abdominale.

A la date de publication de l'observation, au huitième jour de l'opération, le malade était en parfait état ; 37°,4, sans douleur, ayant de l'appétit. A. C.

XIV. — Jusqu'ici on a onze fois opéré des kystes du pancréas (K. von Rokitansky, Thiersch, Bozeman, Kulenkampff, Gussenbauer, Dixon, Riedel, Senn, Billroth, E. Hann et Ahlfeld). Mais, seuls Gussenbauer (*R. S. M.*, XII, 699) et Senn (*R. S. M.*, XXVII 678), avaient pu établir, avec une certaine probabilité, le diagnostic de la nature de la tumeur (*R. S. M.*, XXVIII, 661).

Chez son malade, Kuester a fait le diagnostic sans hésitation.

Homme de 46 ans ayant éprouvé une violente commotion rachidienne, il y a 8 ans, à la suite d'une chute de voiture. Depuis un an, il était sujet à des attaques de cardialgie très intenses qui donnèrent lieu à une gastro-entérite. Il y a 4 mois, on constata une tumeur épigastrique paraissant faire corps avec le foie. A la suite d'une cure de Carlsbad, le malade qui avait maigri de 15 kilos fut adressé à Kuester avec le diagnostic de kyste hydatique du foie.

Au niveau de la région stomacale, forte voussure, nettement fluctuante, soulevée rythmiquement par les pulsations de l'aorte; elle est séparée du foie par une étroite zone à sonorité tympanique. Une ponction exploratrice fournit un liquide trouble, jaune rougeâtre, très albumineux, contenant des globules rouges ayant l'aspect de pommes épineuses et des granulations sphériques. Kuester diagnostiqua un kyste du pancréas et pratiqua la laparotomie. Le kyste était placé derrière le ligament gastro-cholique auquel il était soudé. Kuester coupa en travers ce ligament et sutura circulairement les bords de l'incision aux lèvres de la plaie abdominale. Puis il ponctionna le kyste qui renfermait deux litres et demi de liquide sanguinolent. Ensuite il ouvrit transversalement le kyste en suturant aussi les bords de cette incision à la paroi abdominale.

La paroi interne du kyste était lisse; la paroi postérieure atteignait le rachis .Guérison sans autre incident que quelques symptômes d'iodoformisme. Au bout d'un mois, il ne restait qu'une fistule. Le malade eut alors de la polyurie et de l'albuminurie. Puis l'albumine disparut, tandis que la polyurie persistait jusqu'à entière guérison,une quinzaine plus tard. Depuis l'opération, le malade a récupéré 20 kilos de poids. Au niveau de la cicatrice opératoire, s'est formée une éventration de la grosseur du poing. Le liquide kystique renfermait 3 0/0 d'albumine, il ne contenait ni leucine, ni tyrosine; il transformait l'amidon en sucre et émulsionnait les graisses. Les garde-robes du malade ne présentèrent jamais une proportion normale de matières grasses; la digestion de la viande était possible, tandis que celle des féculents était normale. J. B.

XV. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, atteinte dans son enfance de fièvre intermittente. Depuis sa seconde grossesse qui date de cinq ans, elle souffre de vomissements et de douleurs abdominales, qui lui rendent la vie insupportable. Grâce à sa maigreur, on sent nettement la rate qui est mobile et considérablement hypertrophiée. Sur les instances de la malade, l'auteur pratique la laparotomie. Incision sur la ligne blanche, qui s'étend à 8 centimètres au-dessus et à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. — La rate se présente; l'opérateur lie séparément les vaisseaux de l'épiploon gastro-splénique et le sectionne; il traite de la même façon le repli phréno-liénale et la rate est enlevée sans autre difficulté. Le surlendemain, la malade a des vomissements qui prennent rapidement l'odeur fécaloïde : lavement d'après la méthode d'Hegar; lavage de l'estomac ; les symptômes inquiétants disparaissent et la malade guérit après avoir présenté un petit abcès de la cicatrice. Onze mois plus tard, la malade accouche sans accident. L'état d'anémie qu'elle présentait auparavant paraît s'être amélioré. PIERRE DELBET.

XVI. — 1° Fille de 19 ans, anémique sans être amaigrie : elle porte dans le flanc gauche une volumineuse tumeur fluctuante, mobile, diagnostiquée rein kystique, ou tumeur dermoïde pédiculée de l'ovaire.

Laparotomie, tumeur de la rate. Après séparation des adhérences et extraction de la rate, l'auteur procède à la ligature du pédicule, en deux portions. Au moment de la ligature, la malade se cyanose, tombe dans le collapsus : elle ne revient à elle qu'après la section du pédicule splénique, avec des injections sous-cutanées d'éther. La tumeur était constituée par un volumineux

kyste rempli de sérosité rougeâtre où nageaient des cristaux de cholestérine.

Au-dessus de la poche principale se voyaient des kystes secondaires plongeant dans le tissu splénique.

Guérison régulière. L'examen du sang montra d'abord un excès de leucocytes, mais ni le corps thyroïde, ni les ganglions ne parurent s'hypertrophier.

2° Femme de 25 ans, mère de 3 enfants. Tumeur abdominale ; on diagnostique soit un kyste de l'ovaire soit un sarcome kystique du mésentère.

Laparotomie : la tumeur mise au jour est reconnue pour une rate hypertrophiée, à large pédicule coutenant des vaisseaux énormes, et présentant des adhérences avec l'épiploon. L'extraction de la rate est difficile et longue. Le pédicule est séparé en trois portions liées chacune isolément, et maintenu par une large pince à pression avant la section ; celle-ci se fait régulièrement et sans hémorragie, tout paraît réussir simplement, quand instantanément la cavité péritonéale se remplit de sang par la rupture d'une des principales ligatures. Nouvelle ligature du pédicule ; achèvement rapide de l'opération, mort de la malade, cinq heures après, de collapsus.

L'autopsie révéla que le sang provenait d'une petite artère qui s'était infiltré à travers les lames de l'épiploon : le collapsus tenait peut-être à la compression du plexus solaire.

Suivent des considérations sur les indications de la splénectomie, et les conditions pronostiques de cette opération. Il ressort des statistiques que les cas les plus favorables sont les kystes spléniques et les plus dangereux sont ceux de leucémie : les hypertrophies simples de la rate tiennent le milieu dans l'échelle de gravité, mais entraînent souvent des hémorragies considérables. Un tableau donnant le résumé de 34 splénectomies est annexé à ce mémoire. H. R.

Klinischer Beitrag zur Lehre von der Tuberkulösen - Infection (Contribution clinique à l'étude de l'infection tuberculeuse), par LESER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 16, 1887).

Leser rapporte une observation de tuberculose digitale avec abcès froid rétromammaire consécutif :

Une femme, âgée de 54 ans, trois ans avant que Leser la vît, se fit une petite blessure à la peau de la phalangine du pouce droit ; il se forma après quelques mois une petite ulcération, puis le doigt augmenta de volume, et, après quelque temps, l'index voisin fut pris à son tour. Lorsque Leser l'examina, les deux doigts étaient considérablement augmentés de volume et la peau présentait plusieurs petites ulcérations, à bords irréguliers, à travers lesquelles faisaient saillie des végétations recouvertes de pus et de sang coagulé; il semblait que celles-ci, en s'accroissant, eussent distendu et ulcéré la peau. Il s'agissait là de lésions tuberculeuses superficielles, ainsi que purent le démontrer les examens histologique et bactériologique.

En même temps, la malade présentait un volumineux abcès froid rétromammaire, qui s'était développé dans l'espace de plusieurs mois. On comprend ainsi la marche de la tuberculose dans le cas présent : inoculation tuberculeuse locale, puis généralisation ultérieure aux ganglions par la voie des lymphatiques. Cette femme, du reste, ne présentait aucune autre altération tuberculeuse ni du côté des poumons, ni du côté de la vessie. W. ŒTTINGER.

Ueber den sogenannten chirurgischen Scharlach (Sur la prétendue scarlatine chirurgicale), par A. HOFFA (*Sammlung klin. Vorträge, Chirurg.*, n° 90).

Hoffa a observé deux cas de cette prétendue scarlatine chirurgicale. L'un des malades avait une infiltration d'urine, conséquence d'une fausse route. Il eut une scarlatine légitime (éruption, desquamation, angine, néphrite) qui se termina par la mort. — L'autre, entré pour une fracture de cuisse avec plaie, présenta un exanthème qui disparut en quatre jours, mais fut suivi d'une large desquamation. Il ne présenta aucun signe d'angine ni de néphrite. A cette occasion, l'auteur a réuni et soigneusement analysé tous les cas publiés de scarlatine chirurgicale. Dans cette statistique se trouvent des faits fort différents les uns des autres, qui peuvent être rangés en quatre catégories.

Dans un certain nombre de cas, il s'agit de simples érythèmes déterminés par des troubles vaso-moteurs.

Dans un second groupe de cas, on a affaire à des érythèmes toxiques, fort analogues aux érythèmes médicamenteux. Ils peuvent apparaître après des fractures sous-cutanées, et sont déterminés par la résorption des produits de sécrétion des plaies, ou des éléments des tissus détruits.

Dans le troisième groupe, au contraire, se rangent les érythèmes septiques ou pyémiques, — qui sont dus à des embolies capillaires d'origine microbienne.

Le quatrième groupe comprend les cas de scarlatine vraie. Mais, lorsqu'un blessé est atteint de la scarlatine, il s'agit de savoir s'il existe quelque relation entre la blessure et l'infection scarlatineuse. Il est aisé de voir par l'analyse des observations que, dans le plus grand nombre des cas, l'infection avait eu lieu avant l'accident ou l'opération. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; il est incontestable que, dans un certain nombre de cas, l'infection s'est produite après. Et alors cette infection peut s'être faite, soit par les voies respiratoires ou digestives, soit par la plaie. L'auteur considère que la plaie a été le siège de l'infection dans les cas où l'éruption est partie du voisinage de la blessure pour s'étendre au reste du corps. Il existe neuf cas de ce genre : l'un d'eux est particulièrement caractéristique. Un médecin se pique le doigt en faisant l'autopsie d'un malade mort de scarlatine : neuf jours après, l'angine commence ; le lendemain, la température s'élève et l'éruption débute par le doigt blessé.

L'auteur pense même que l'existence d'une blessure met le malade dans un état de réceptivité particulier vis-à-vis du poison scarlatineux. Cela tient à ce que les micro-organismes peuvent pénétrer en grande quantité par la plaie.

Quant à l'influence de la scarlatine sur la marche de la plaie, elle peut être nulle. Quelquefois la cicatrisation est troublée. Contrairement à certains chirurgiens anglais, l'auteur pense que l'antisepsie met à l'abri de l'infection scarlatineuse.

Comme conclusion, l'auteur pense que si l'on veut conserver la dénomination de scarlatine chirurgicale, il faut la réserver à ces cas dans lesquels la plaie a été la porte d'entrée d'une scarlatine véritable.

PIERRE DELBET.

Uber die Behandlung des Erysipels nach Kraske (Traitement de l'érysipèle, d'après Kraske), par CLASSEN (*Cent. f. Chirurg., n° 19, 1887*).

Le procédé que décrit l'auteur n'est pas identique à celui qu'on emploie à Fribourg. Le malade étant endormi, on fait des incisions superficielles, mais saignantes, longues de 6 à 8 centimètres, dont la moitié se trouve sur la partie envahie, l'autre sur la partie saine. Sur ces incisions, on en fait tomber d'autres qui les croisent à angle très aigu sur la limite du mal. Tout le pourtour de la plaque érysipélateuse doit être ainsi circonscrit. Sur les parties scarifiées, on fait un pansement au sublimé (1 = 1,000) et on le renouvelle trois fois par jour. Les petites plaies se cicatrisent en quelques jours, et toute trace disparaît au bout de quelques semaines. Toutefois, chez certains individus prédisposés, les cicatrices restent apparentes, ce qui peut contre-indiquer le mode de traitement pour les érysipèles de la face.

Onze érysipèles ont été traités de cette façon. En deux heures, la température est tombée pour ne plus se relever. En deux jours, la rougeur a disparu. PIERRE DELBET.

Die malignen Tumoren der Gefässcheide (Tumeurs malignes des gaines vasculaires), par Carl REGNAULT (*Archiv f. klin. Chir., XXXV, Heft 1*).

Il n'est point aisé de reconnaître si une tumeur a pris son origine dans les gaines vasculaires, ou si elle les a envahies secondairement. Toutefois l'auteur a pu réunir 18 observations de tumeurs malignes de ces gaines, dont 14 sarcomes et 4 carcinomes. Le carcinome primitif des gaines des vaisseaux est une véritable rareté. On sait que Volkmann leur attribue une origine branchiale. Toutefois on n'a pas encore pu trouver dans les gaines saines de débris épithéliaux. Les sarcomes sont incomparablement moins rares. Ils peuvent affecter toutes les variétés anatomiques connues. On les observe sur les gros vaisseaux du cou, du bras, de la cuisse et du creux poplité. Dans aucun cas, on n'a constaté de déplacement des vaisseaux. Une fois, l'artère était si rétrécie qu'on percevait un souffle. Deux fois, il y avait une modification du pouls dans les artères excentriques. Dans la plupart des cas, la veine était rétrécie ou oblitérée par une thrombose. On trouve toujours des signes plus ou moins accentués de gêne circulatoire. Dans certains cas, il est presque impossible de distinguer ces tumeurs des anévrismes.

La technique opératoire est très variable suivant les cas. Au point de vue des vaisseaux, il faut remarquer que la veine est plus difficile à isoler que l'artère. Dans le plus grand nombre des cas, l'artère a pu être complètement séparée. PIERRE DELBET.

Studien über das Lipom, par GROSCH (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVI, p.* 307-382).

Grosch est arrivé à une conception pathogénique des lipomes qu'on peut résumer ainsi :

Les faits démontrent que la localisation des lipomes est commandée par la rareté relative des glandes de la peau dans les régions où ils se développent de préférence.

Cette relation peut être comprise en considérant la sécrétion grais-

seuse des glandes de la peau comme un régulateur pour la formation du pannicule graisseux sous-cutané.

Les régions où se développent les lipomes sont aussi celles où s'accumule la graisse chez les obèses, exception faite pour la paroi abdominale qui est rarement le siège de lipomes pour des raisons particulières.

Il y a des cas intermédiaires entre les lipomes isolés et la polysarcie; la tumeur n'est alors qu'une exagération locale de l'obésité.

Les lipomes isolés et l'obésité reconnaissent donc une cause première identique.

Les lipomes symétriques qu'on rencontre chez les sujets maigres sont la conséquence d'une lésion nerveuse centrale, agissant par l'intermédiaire des nerfs glandulaires sécréteurs.

Les lipomes isolés sont la conséquence d'une lésion locale de la peau, lésion qui peut être directement traumatique ou de cause nerveuse.

La destruction de toutes les glandes d'une région n'aboutit pas au lipome à cause des lésions vasculaires concomitantes qui arrêtent les échanges. MAURICE HACHE.

On treatment by prolonged immersion, par James BARR (*Liverpool med. chir. journ., juillet* 1887).

Jeune femme de 18 ans qui est prise de pyohémie à la suite d'un phlegmon du cou. Formation d'abcès aux deux cuisses, au sacrum; arthrite aiguë de la hanche gauche, périostite de tout le fémur. Émaciée par la fièvre, la suppuration, la malade allait succomber à de larges escarres sacrées lorsque Barr eut l'idée de l'immerger dans un bain boriqué à 35°, en maintenant le corps flottant dans l'eau au moyen d'une alèze fine. Elle y resta dix-sept semaines, l'eau maintenue autant que possible à la même température. Elle sortit de son bain, guérie de ses escarres, la jambe ankylosée, mais quelques semaines plus tard elle quittait l'hôpital guérie.

Puzey a eu un succès, chez un enfant atteint de pyohémie, par un bain prolongé quatre mois. A. C.

OPHTALMOLOGIE.

Sur la déformation des images produite par les appareils optiques asymétriques, par LEROY (*Revue gén. d'ophtalm., VI, n° 4, p.* 145).

L'auteur déduit de considérations mathématiques des notions intéressantes sur l'astigmatisme. L'appareil dioptrique transmet dans ce cas des images déformées du monde extérieur, mais, par suite d'une véritable éducation, l'œil corrige ces déformations. Si on vient à placer le cylindre correcteur, l'astigmate voit pendant quelque temps les objets un peu troubles et cependant il lui suffit de promener son point de fixation sur le contour des objets pour s'assurer qu'ils sont nets. Cela tient à ce que l'angle de déviation des images produit par un cylindre est peu considérable : si l'objet est vu sous un petit angle visuel, les déformations ne

seront pas apparentes, mais le déplacement apparent des objets sera d'autant plus marqué qu'ils seront plus éloignés du point de fixation.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber einige Beziehungen der Netzhautcirculation... (Circulation rétinienne et de ses rapports avec les troubles de la circulation générale), par E. RÆHLMANN (*Arch. f. path. An. u. Phys., CII, Heft* 1, *p.* 184 *et Heft* 2, *p.* 221).

Dans cette étude longue et minutieuse, Raehlmann s'occupe surtout de phénomène du pouls rétinien, lequel a une signification physiologique et diagnostique sensiblement analogue à celle du pouls capillaire. On le constate à l'ophtalmoscope dans les cas d'insuffisance aortique, surtout quand il y a en même temps de l'hypertrophie ventriculaire.

On le rencontre également indépendamment de toute lésion cardiaque dans l'anémie par oligocytémie et hydrémie. C'est dans le syndrome goitre exophtalmique qu'il a été signalé tout d'abord par Becker, ce serait dans ce cas à une angionévrose de la carotide interne qu'il serait dû. La compression des carotides le fait disparaître ou l'atténue; la stase veineuse l'exagère.

C'est un phénomène qui n'existe pas chez l'homme sain et qui ne se rencontre pas dans la rétinite.

P. GALLOIS.

I. — Irritation arising from the visual apparatus, etc. (Irritations provenant de l'appareil visuel considérées comme éléments dans la genèse des névroses), par G.-T. STEVENS (*New York med. Journ., p.* 421, 16 *avril* 1887).

II. — Eye-strain in its relations to neurology (La tension des muscles de l'œil en neurologie), par A.-L. RANNEY (*Ibidem, p.* 429, 16 *avril* 1887).

I.— Les troubles visuels jouent un rôle important dans l'étiologie des névroses. Sur 64 épileptiques ayant des attaques depuis plusieurs années, et chez qui l'appareil de la vision a été traité, tandis qu'on abandonnait la médication interne, il a vu trente-deux fois les attaques devenir très rares, c'est-à-dire se manifester seulement au bout de quelques mois ou de quelques années: 21 malades ont été simplement améliorés; chez 11 sujets, la cure a échoué.

Les troubles oculaires, souvent latents, à rechercher et à traiter spécialement dans les névroses, sont les anomalies de la réfraction et les anomalies musculaires : insuffisance des droits externes ou internes, excès de tension du droit supérieur, etc.

La ténotomie n'a pas seulement guéri les attaques d'épilepsie ; elle a aussi guéri la démence, comme le montre une observation de l'auteur.

II.— Ranney considère les travaux de Stevens comme inaugurant une ère nouvelle en neurologie. Depuis qu'il étudie la question, il a observé 16 épileptiques; or, 2 seulement étaient emmétropes ; chez 9, il y avait hyperopie ou astigmatisme hyperopique; chez 5, myopie ou astigmatisme myopique. Dans un seul cas, les muscles étaient normaux ; dans les 15 autres, il y avait de l'insuffisance des droits supérieurs ou des droits externes.

Sur ces 16 épileptiques, 8 ont subi la ténotomie, parmi lesquels 3 paraissent guéris et 5 sont encore en traitement, mais déjà notablement améliorés.

L'auteur préconise donc la méthode d'examen et les procédés opératoires de Stevens qui lui ont donné de bons résultats d'abord dans l'épilepsie et ensuite dans l'hystérie, les céphalées, la migraine.

L. GALLIARD.

Ueber den Einfluss der Mydriatica und Myotica auf den intraoculären Druck unter physiologischen Verhältnissen (De l'influence des mydriatiques et des myotiques sur la pression intra-oculaire dans les conditions normales), par STOCKER (*Arch. f. Ophthalm., XXVIII, Abth.* 1).

L'auteur décrit d'abord les deux principales méthodes employées pour mesurer la tension intra-oculaire : la tonométrie et la manométrie. Il a opéré sur des chats curarisés, et a employé la canule de Grasser, modifiée par Pflüger, pour empêcher la pénétration des bulles d'air.

Voici les conclusions de ces recherches :

A l'état normal, chez un animal curarisé, l'*atropine* diminue lentement la tension intra-oculaire.

La *cocaïne* la diminue dans les mêmes conditions de 2 à 3 millimètres. Mais, lorsque la tension intra-oculaire est diminuée, la cocaïne l'élève légèrement.

L'*ésérine* augmente d'abord la tension, puis la diminue secondairement d'une quantité plus grande qu'elle ne l'a élevée.

La *pilocarpine* diminue lentement la tension après l'avoir primitivement fait osciller pendant une demi-heure.

L'auteur a remarqué aussi que la contraction pupillaire n'est pas en rapport direct et causal avec l'augmentation ou la diminution de la tension intra-oculaire.

ROHMER.

Sur une nouvelle cause de mydriase, par RAMPOLDI (*Rec. d'ophtalm., IX, n° 3, p.* 147).

L'auteur a remarqué une mydriase transitoire, parfois bilatérale, plus souvent unilatérale, chez quelques sujets atteints de tuberculose pulmonaire; dans les cas de mydriase unilatérale, les malades accusaient des douleurs à l'épaule correspondante et les lésions pulmonaires étaient plus accusées de ce côté. La cause de ce phénomène serait dans l'excitation du sympathique cervical, et, par cette voie, du muscle radié de l'iris ; ce serait l'analogue de la mydriase produite par les vers des voies digestives.

F. L.

Ocular troubles of nasal origin, par Boerne BETTMAN (*Journal of Americ. med. Assoc., p.* 516, 7 *mai* 1887).

De nombreux états pathologiques des yeux et des paupières sont directement causés par des modifications anormales des muqueuses des fosses nasales: l'hypertrophie, les polypes, la rhinite, la naso-pharyngite, les déviations du septum sont souvent cause d'épiphora, rougeur des paupières, turgescence des vaisseaux de la conjonctive, photophobie, etc., et tous ces troubles d'origine réflexe peuvent disparaître par la destruction du siège de l'irritation.

L'auteur cite plusieurs observations : quelques-unes ont trait à des épiphora rebelles, avec écoulement abondant, photophobie, qui ont guéri

à la suite d'incisions au galvano-cautère des parties antérieures hypertrophiées du cornet inférieur: chez un malade, le spray alcalin a suffi pour faire cesser les accidents. Un polype muqueux fixé sur le cornet moyen entraînait, dans un cas, de l'épiphora avec photophobie et douleurs vives. MAUBRAC.

L'herpès oculaire, par DURRUTY (*Thèse de Paris*, n° 253, 1887).

L'auteur n'a guère en vue que la kératite herpétique, caractérisée par de petites ulcérations miliaires, reposant sur une infiltration diffuse, par une anesthésie complète de la cornée dans les points atteints : elle s'accompagne de photophobie intense, de larmoiement, de douleurs vives dans la zone du trijumeau et même de phénomènes fébriles assez intenses. L'ulcère rongeant ne serait, d'après l'auteur, qu'une évolution ultérieure d'un herpès fébrile cornéen et une forme de la même ulcération aggravée par l'infection microbienne. Aussi une antisepsie rigoureuse sera-t-elle nécessaire ; les cautérisations de la cornée soit avec la solution de nitrate d'argent, soit avec le thermo-cautère, arrêtent rapidement les progrès de la maladie : l'atropine associée à la cocaïne servira à calmer les douleurs : enfin comme traitement général le sulfate de quinine. F. L.

Erkrankung der Haarwierzeln... (Des maladies des racines des cheveux et en particulier de la blépharite ciliaire; ses causes et son traitement), par RŒDER (*Klin. monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, *juillet* 1887).

L'auteur reconnaît comme causes des blépharites ciliaires, les catarrhes purulents des voies lacrymales et de la conjonctive, parce que le pus émulsionnerait la graisse des glandes sébacées annexées aux poils et pénétrerait ainsi plus facilement jusqu'à leurs racines ; un catarrhe simple et les larmes non altérées par le pus ne peuvent donc produire un effet semblable; cette imbibition produit un gonflement du cil qui peut disparaître lorsque les sécrétions redeviennent normales; si au contraire le processus continue, le poil se brise, sa racine est éliminée et remplacée par un poil jaune : ce cercle vicieux peut se répéter 30 fois et davantage.

Puis surviennent les atrophies des glandes sébacées, les déviations des cils par production du tissu cicatriciel. La guérison radicale ne peut s'obtenir que lorsque tous les cils malades ont été éliminés ou arrachés, mais une condition essentielle est aussi la guérison préalable du catarrhe de la conjonctive et des voies lacrymales.

Pour le sycosis de la barbe ou de toute autre région couverte de poils, le processus anatomique est le même et ne peut être arrêté que par l'épilation. ROHMER.

Bacteriologisches über Trachom (Recherches bactériologiques sur le trachome), par KUCHARSKY (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, *août-septembre* 1887).

Dans le but de contrôler les recherches de Sattler et de Michel sur les micro-organismes du trachome, et aussi de savoir si, à un point de vue bactériologique, il y a ou non identité entre le trachome et le catarrhe folliculaire, l'auteur a fait des cultures avec des produits de sécrétion de la conjonctive, et avec le contenu des follicules trachomateux ;

puis il a inoculé les produits de culture sur des chiens, des chats, des lapins, des pigeons, etc., enfin sur la conjonctive humaine.

Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° Le trachome, contrairement à l'opinion de quelques cliniciens distingués, est une affection conjonctivale *sui generis*, étant donné que beaucoup d'auteurs y ont trouvé des micro-organismes à caractères morphologiques et biologiques spéciaux. L'action pathogénique du micro-organisme en question n'est pas encore prouvée, puisque les résultats positifs obtenus par Sattler et Michel, en fait d'inoculation, ne sont pas encore, à cause de leur petit nombre, suffisamment convaincants.

2° Ce micro-organisme qui, d'après les uns, ne se rencontre qu'en petit nombre dans les sécrétions, en grand nombre d'après les autres, demande encore de nombreuses recherches, pour pouvoir, d'après ses caractères morphologiques, être classé comme diplocoque.

3° Le micro-organisme que Michel a découvert dans le trachome, qui au point de vue morphologique se compose de diplocoques et ressemble aux gonocoques, ne présente aucune caractéristique spéciale.

4° Le micro-organisme que Kucharsky a découvert dans le trachome, se développe sur l'agar-agar à une température de 30 à 35 degrés centigrades sous forme de taches blanches, confluentes, prenant l'aspect d'une pellicule s'étirant en filaments.

5° La gélatine peptone de viande (5 0/0 - 8 0/0) et toujours liquéfiée, et à sa surface se forme une pellicule blanchâtre, visqueuse, s'étirant en filaments.

6° Une température élevée favorise notablement l'accroissement de la culture.

7° La culture du micro-organisme en question peut être, dans certains cas, confondue avec le staphylococcus pyogenes albus et autres microbes provenant de l'air.

8° L'inoculation de ces cultures à des pigeons, des lapins, des chats, des chiens et à l'homme n'a pas fait naître de vrai trachome.

9° L'inoculation du contenu de grains trachomateux sur la conjonctive oculaire d'un chat produisit des grains analogues à ceux du trachome.

10° Le trachome et le catarrhe folliculaire, que certains auteurs n'identifient nullement au point de vue clinique, peuvent l'être cependant au point de vue bactériologique, parce que dans l'une et l'autre affection on a découvert un micro-organisme identique. ROHMER.

Ein beobachtenswerther Fall von transitorischem Hornhaut-infiltrate (Cas remarquable d'infiltration cornéenne transitoire), par RAMPOLDI (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk., juillet* 1887).

Une femme de 20 ans vient se plaindre que, pendant qu'elle faisait la moisson, la vue se troublait tout à coup de l'œil droit, de même lorsqu'elle cousait, ou faisait tout ouvrage la forçant à pencher fortement la tête en avant ; elle avait eu des accès de fièvre intermittente. A l'examen, état normal de l'œil gauche et sur l'œil droit simplement une légère rougeur péri-cornéenne.

On lui fit pencher la tête en avant pendant une dizaine de minutes, puis on vit la cornée droite légèrement infiltrée par un exsudat grisâtre, qui, sous

les yeux des observateurs, s'accumula à la partie inférieure de la cornée, sous forme de fins rayons convergeant vers le centre, puis, disparut au bout de 2 ou 3 minutes ; pas d'hypopion. Le repos, l'atropine et un bon traitement général firent disparaître ces symptômes. Six mois après, la malade revint, mais cette fois c'était l'œil gauche qui montrait l'image d'une kératite punctiforme postérieure. Après lui avoir de nouveau fait pencher la tête en avant, on vit se produire un peu d'agitation péri-cornéenne, et un léger trouble du segment inférieur de cette membrane ; la pupille est rétrécie ; la quinine fit disparaître tous ces symptômes, lorsque, quelques jours plus tard, les symptômes revinrent plus intenses avec synéchies postérieures et dépôts de pigment sur la cristalloïde antérieure ; tout cela était de nouveau disparu lorsqu'à son tour apparut un hypopion, ainsi que les phénomènes cornéens ; un massage d'un quart d'heure fit tout disparaître. ROHMER.

Eine kosmetische Operation (Tatouage de la cornée), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mars* 1887).

A propos d'une opération de tatouage faite à sa clinique, Hirschberg donne le conseil de préparer la solution d'encre de chine dans de l'eau au sublimé (1/5000) ; l'œil est cocaïnisé, puis on procède à l'opération sans fixer le globe oculaire. Après les piqûres avec les aiguilles, il vaut mieux se servir du doigt pour répandre la couleur sur la petite plaie cornéenne, et frictionner celle-ci assez énergiquement. On fait couler un petit filet d'eau au sublimé sur l'œil, et on constate le résultat ; si celui-ci n'est pas atteint, on recommencera une nouvelle friction avec la couleur.

Hirschberg présente une pièce anatomique provenant d'un œil qu'il avait tatoué un an avant l'énucléation : l'examen histologique montre que la couleur a pénétré dans les cellules du tissu conjonctif, tandis qu'une couche épithéliale superficielle est venue recouvrir la couche imprégnée des particules de charbon. ROHMER.

Ueber das Verhalten des Epithels... (Comment se comporte l'épithélium de la cornée en cas de cicatrisation des plaies linéaires et par piqûres), par NEESE (*Arch. f. Ophth.*, *XXXIII*, *Abth.* 1).

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, l'épithélium est encore coupé à pic aux bords des lèvres de la plaie. Après la quatrième heure, l'épithélium coiffe le bord libre des lèvres de la plaie de toute son épaisseur. De la 7e à la 10e heure, l'épithélium envahit de chaque côté le canal formé par la plaie, et, vers la 17e heure, il atteint son bas-fond. Au bout de 24 heures, l'épithélium s'élève du fond du canal, jusqu'à ce qu'après 48 heures, il ait atteint le niveau de la surface cornéenne et comblé la perte de substance.

Si, à ce moment, on fait une section de la cornée, on voit que les couches moyennes seules de cette membrane servent à l'occlusion de la plaie, tandis que les deux membranes limitantes s'écartent, au contraire, au niveau de la section ; au-dessus et au-dessous de cet accolement, il se forme une sorte d'entonnoir, plus étroit et plus profond du côté de la superficie, plus large et moins profond du côté de la membrane de Descemet. L'entonnoir superficiel est comblé dans toute sa largeur aussi bien que dans sa profondeur par l'épithélium de nouvelle formation ; dans

la partie la plus profonde de la plaie, l'épithélium descend jusqu'aux couches cornéennes qui en forment le bas-fond.

Le remplissage de la plaie béante par l'épithélium est le résultat d'une prolifération cellulaire, dont les figures karyokinétiques sont surtout apparentes quatre heures après la production de la plaie ; on ne les voit pas seulement sur les bords de la plaie, mais aussi disséminées à la surface de la cornée.

Sur chaque coupe, on peut voir 8 à 16 divisions de noyaux, surtout dans les couches moyennes et profondes de l'épithélium, dans les cellules basales. La première division nucléaire se découvre de chaque côté de la plaie, à une certaine distance de ses bords. Il y a des places où la karyokinèse est plus rare, mais en règle générale on la trouve sur toute l'étendue de la cornée.

Dix heures après la production de la solution de continuité, le phénomène karyokinétique est déjà bien moins intense ; on ne compte plus que dix figures environ par coupe, les unes assez près de la plaie, les autres assez éloignées, voire même dans le limbe conjonctival.

Au bout de 24 heures, la karyokinèse a presque disparu, tandis qu'il semble, à ce moment, que la division nucléaire est plus active dans la plaie elle-même.

Dans cette période d'occlusion provisoire, constituée vers l'intérieur par un petit coagulum fibrineux, vers l'extérieur par les cellules de nouvelle formation, la plaie durcit assez inégalement pendant deux jours. L'inflammation n'est véritablement établie que le 4e jour, alors que le bouchon épithélial commence à être remplacé par du tissu conjonctif ; le 5e jour, l'inflammation est passée ; le 6e jour, les cellules conjonctives sont complètement développées, elles commencent à étreindre les bouchons épithéliaux dont les cellules vont dégénérer.

Le 23e jour, c'est à peine si on peut encore saisir une trace du processus de réparation de la plaie, et au 30e il y a à peine encore quelques traces extérieures de la face interne que l'on distingue le plus longtemps. La membrane de Descemet ne se réunit jamais directement ; mais on y voit des fibres très fines dont les extrémités s'enchevêtrent. ROHMER.

De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, par DESPAGNET (*Thèse de Paris*, n° 273, 1887).

En dehors des complications ordinaires, tendance au staphylôme, iridocyclite à répétitions, ulcérations de la cornée et même glaucome, il existe une forme beaucoup plus grave, c'est l'irido-choroïdite suppurative ou phlegmon de l'œil. L'inflammation se déclare quelquefois très longtemps, plus de vingt ans après la kératite qui a produit le leucome, mais elle prend d'ordinaire un degré d'acuité remarquable. En quelques jours, l'œil est plein de pus, et, si la perforation ne se produit pas rapidement en avant, il peut survenir une suppuration du tissu cellulaire de l'orbite, avec toutes ses conséquences graves. Plus rarement il existe une irido-choroïdite subaiguë ou procédant par poussées successives, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une tumeur. Tout leucome adhérant au staphylôme à son début est donc une affection sérieuse pour laquelle il faut intervenir par l'iritomie, l'iridectomie ou la synéchotomie, afin d'empêcher les tractions sur la région ciliaire. Si le phlegmon

de l'œil se déclare, le seul remède est l'énucléation hâtive. Comment expliquer cette suppuration, n'apparaissant que plusieurs années après la production du leucome ? On pourrait admettre le transport de germes infectieux par la circulation générale, ou bien la pénétration par la cicatrice filtrante irido-cornéenne (Leber, Sattler). L'auteur croit plutôt au réveil d'une infection latente dont les germes sont contenus dans l'œil à l'état d'inactivité (Verneuil). Le tiraillement constant de l'iris et du corps ciliaire peut à un moment donné entraîner une inflammation, et les germes trouvent alors un terrain tout préparé pour développer leurs colonies et amener la suppuration. F. DE LAPERSONNE.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des Glaucomes (Contritribution à l'anatomie pathologique et à la pathogénie du glaucome), par BIRNBACHER et CZERMAK (*Arch. f. Ophthalm., Band XXXII, Abth.* 4).

Dans cette étude, les auteurs s'appesantissent surtout sur la recherche des phénomènes de circulation intra-oculaire, sur l'échange des liquides et sur la pression des tissus. Reprenant et modifiant les études de Körner sur la transfusion des liquides au travers des membranes organiques, ils restent fidèles à la théorie de la filtration. Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de l'étude des phénomènes physiques que l'on ne pourrait comprendre sans de nombreuses figures représentant les appareils employés ponr mesurer la pression intra-vasculaire ; nous nous contenterons de constater que les auteurs cherchent à démontrer que, dans les cas de glaucome primaire, l'hypertonie dépend des modifications anatomiques résultant d'une inflammation préalable. Comme dans plusieurs cas de glaucome secondaire, l'existence des symptômes inflammatoires n'est pas douteuse, on peut admettre que là encore il en résulte des modifications anatomiques qui produisent l'hypertonie.

La nature de l'état glaucomateux est donc dans les deux cas une hypertonie avec action consécutive sur le nerf optique (de Græfe) et la différence est dans le seul fait que dans les cas de glaucome primaire les symptômes inflammatoires sont d'abord latents, tandis que, dans le glaucome secondaire, ils sont manifestes dès le début. La division en glaucome primaire et glaucome secondaire n'aurait donc pas de raison d'être. Des recherches ultérieures sur le glaucome secondaire pourront donc éclaircir cette question, aujourd'hui encore sujette à controverse. (Dor.) ROHMER.

Zwei Fälle von primärem Glaucom... (Deux cas de glaucome primitif chez des individus jeunes ; remarques sur le glaucome en général), par LANGE (*Arch. f. Ophthalm., Band XXXIII, Heft* 1).

L'auteur s'élève contre la dénomination de glaucome inflammatoire, il pense qu'il vaudrait mieux appeler cette variété « glaucome irritatif », comme le fait de Wecker, puisqu'il s'agit de phénomènes de stase et de transsudation et non d'inflammation.

L'idée d'augmentation de tension est pour lui inséparable de l'idée de glaucome.

Pour ce qui est de l'excavation, on peut la concevoir sans qu'il soit

besoin de la voir limitée par des bords bien nets; l'auteur a observé les formes les plus variées d'excavation. La variété dépend surtout de l'aspect de la pupille à l'état normal et surtout de l'entrée des vaisseaux. Il s'agit toujours d'une façon évidente d'une excavation par pression (Druckexcavation). L'auteur rapporte un cas dans lequel, pendant la période de scotomes et de chromopsie, l'excavation avait des bords bien limités, tandis que dans les périodes du début elle avait les apparences d'une excavation normale.

1° Un jeune paysan de 20 ans souffrait d'attaques de glaucome. Ésérine, puis sclérotomie, d'après de Wecker, aux deux yeux; à gauche, il y eut une cicatrice cystoïde, avec un fort décollement séreux de la conjonctive : à droite, plaie cicatrisée, mais aussi œdème de la conjonctive. Guérison. L'œdème persista. Le malade revient au bout de 4 ans. A droite, nouveaux accidents. A gauche, il y a toujours un peu d'œdème, et la cicatrice cystoïde est légèrement affaissée; à l'œil droit, l'œdème conjonctival avait complètement disparu; on fit une iridectomie; la plaie guérit bien, et les accidents disparurent; sur cet œil, l'excavation était devenue profonde; à gauche, au contraire, elle avait disparu.

2° Une paysanne de 22 ans avait des attaques de glaucome inflammatoire. L'ésérine empêche de nouvelles attaques, mais n'améliore pas la vision. Sclérotomie, d'après de Wecker, sur les deux yeux; des deux côtés, il se fit une cicatrice cystoïde et de l'œdème épiscléral. Le résultat fut bon. Après 4 ans et demi, l'état satisfaisant s'était maintenu grâce à la persistance des cicatrices cystoïdes.

Lange pense que dans ces deux cas c'est l'augmentation de sécrétion qui a été la cause du glaucome et que l'influence heureuse de la sclérotomie est due à la cicatrice de filtration qui empêche l'augmentation de tension. La théorie de Donders, qui veut que l'hypersécrétion soit d'origine nerveuse, ne peut se défendre dans certains cas. Mais c'est précisément dans ces cas, difficiles à diagnostiquer *a priori*, que la cicatrice cystoïde doit être employée. C'est au manque de cicatrice cystoïde que l'auteur attribue le retour des accidents sur l'œil droit du sujet de l'observation I.

Comme conclusion de son travail, l'auteur cite encore deux observations de glaucome simple; dans l'un des cas, l'œil était déjà perdu; dans l'autre, il restait encore un peu de vision, V = 1/6 et 1/3, avec un champ visuel extrêmement restreint. Dans le premier cas, il fit une iridectomie; Dans le deuxième, une sclérotomie. Dans les deux cas, la fonction baissa rapidement, malgré que la tension fût redevenue normale; chez le premier, l'excavation était très accentuée; chez le second, elle était normale.

L'auteur pense qu'aucune théorie ne peut expliquer tous les cas de glaucome, mais que chaque théorie doit être choisie et appliquée suivant les cas. ROHMER.

Ueber Scotome bei glaucomatösem Sehnervenleiden (Du scotome dans les lésions du nerf optique d'origine glaucomateuse), par Th. SACHS (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1887).

L'auteur a eu occasion d'observer quatre cas de glaucomes accompagnés de scotomes para-centraux. Il est à remarquer que, dans deux des cas seulement, il y eut trouble du sens des couleurs, ce qui démontre que les lésions du nerf optique ne sont pas si fréquentes qu'on l'admet généralement; et les deux cas étaient des types de glau-

come simple. Dans un cas sûrement, peut-être aussi dans un second, le scotome ne devint appréciable qu'après une opération destinée à diminuer la tension intra-oculaire (iridectomie ou sclérotomie), ce qui semble prouver l'action de l'intervention opératoire sur les lésions glaucomateuses du nerf optique, et de plus, que l'apparition du scotome n'est pas en rapport avec l'élévation de tension du globe de l'œil. L'auteur rejette l'opinion de Pflüger, lequel explique le scotome par une affection de la couche des cônes et des bâtonnets avec intégrité des fibres nerveuses. Il assimilerait plutôt ces scotomes à ceux que l'on observe dans certaines intoxications. ROHMER.

On the probable cause of the colored rings seen in glaucoma (De la cause des cercles colorés dans le glaucome), par DOBROWLSKY (*Arch. of Ophthalm., XV, n° 3, p. 267*).

Depuis Donders, beaucoup d'auteurs pensent que la vision de cercles colorés est due à l'état nuageux des milieux transparents; Mauthner a soutenu le premier que ce symptôme était dû à une certaine irritation nerveuse. D'après son expérience personnelle, Dobrowlsky conclut que ce phénomène ne se produit pas seulement dans le glaucome, mais qu'on le rencontre aussi dans la myopie progressive lorsque l'œil est soumis à une cause importante de congestion. Il est produit par une hyperémie de la rétine et du nerf optique. F. L.

Primären Sarkom im Corpus ciliare, par GOLDZIEHER (*Wien. med. Blätter, n° 14, p. 443, 1887*).

Le malade, observé par Goldzieher, était un homme de 55 ans, qui voyait mal du côté droit depuis quelque temps. A l'examen, on apercevait sur le quart interne de l'iris une petite élevure brunâtre avec une tache pigmentaire sous la conjonctive bulbaire. Les milieux réfringents étaient intacts, la rétine était normale. En raison de la situation périphérique de la tumeur, on fit l'énucléation de l'œil. BARBE.

I. — Sympathetic ophtalmia, par Franklin COLEMAN (*Journal of Amer. Assoc., p. 393, 24 septembre 1887*).

II. — On sympathic inflammation of the eyeball, par Marius GUNN (*The roy. London ophth. hosp. Reports, XI, 3, p. 273*).

I. — Voici d'après vingt-huit observations personnelles (rapportées dans ce travail) les indications de l'énucléation pour ophtalmie sympathique.

Si le premier œil (celui dont la lésion cause l'ophtalmie) est aveugle, et le second normal, on pratiquera l'énucléation chez les enfants ou les malades non intelligents, qui n'observent pas les signes d'irritation sympathique ; pour les autres malades, les avis diffèrent. Si la vision n'est pas totalement abolie dans le premier œil, l'autre étant normal, on s'abstiendra d'opérer. Si le premier œil est le siège d'une inflammation aiguë ou d'ophtalmite, le second étant normal, on n'interviendra pas; un malade de Coleman, opéré dans ces conditions, mourut au bout de quatre jours de méningite.

On pratiquera l'énucléation lorsque le premier œil étant atteint de cécité, ou même possédant encore la vision, le second souffre d'irrita-

tion. Mais si le second œil est irrité, alors que l'autre est atteint d'ophtalmie, mieux vaut ponctionner et attendre la cessation des signes aigus pour énucléer ; au cas où l'opération serait urgente, l'éviscération de la sclérotique est moins dangereuse que l'énucléation.

Lorsque la cécité est absolue dans le premier œil, et qu'une irritation sympathique existe dans l'œil du côté opposé, le pronostic est sans doute très grave, mais l'énucléation est encore indiquée : car il est douteux qu'en ce cas particulier l'opération augmente l'irritation qu'elle faisait disparaître dans les cas précédents.

Mais la vision peut persister dans le premier œil alors que le second œil est atteint d'irritation sympathique. L'énucléation ne sera pas pratiquée « le malade ayant une chance de vision dans chaque œil, tandis que l'opération enlève un œil sans bénéfice certain pour l'autre ». MAUBRAC.

II. — Statistique établie sur une cinquantaine d'observations d'ophtalmie sympathique recueillies à Moorfield. Les individus âgés paraissent plus prédisposés ; les traumatismes avec perforation de l'œil en présence de corps étrangers sont suivis le plus rapidement des accidents ; parmi les causes, il est intéressant de noter six cas d'opérations de cataracte par la méthode de Græfe ; dans tous ces cas, l'iris était adhérent à la cicatrice, soit primitivement, soit à la suite d'une iritis post-opératoire. Le plus court intervalle observé a été de 1 à 14 jours, le plus long de 39 ans, mais il s'agissait d'ulcérations de la cornée ayant entraîné la perte de l'œil sympathisant. Parmi les symptômes observés, il faut signaler la kératite ponctuée ayant pris quelquefois la forme récidivante. Des considérations au sujet du traitement de l'œil sympathisé sont intéressantes; l'auteur conclut à l'efficacité des mercuriaux au début ; quand l'inflammation est très intense, il faut se garder d'intervenir chirurgicalement et recourir aux moyens médicaux ; même dans les cas d'inflammation modérée, il vaut mieux ne pas faire d'opération avant trois mois, mais si le tonus est augmenté et l'iris bombé, il faut pratiquer l'iridectomie. Ce n'est qu'au bout d'un an seulement que, dans le cas d'occlusion pupillaire sans augmentation du tonus, on pourra faire avec avantage une large iridectomie avec extraction du cristallin. F. DE LAPERSONNE.

L'ophtalmoplégie nucléaire, par **E. BLANC** (*Arch. gén. de médecine, janvier* 1887).

Hensen et Vœlkers ont montré que la 3e paire n'avait pas un noyau bien limité, mais formait une sorte de colonne motrice étendue du plancher du 4e ventricule à l'orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius, les centres photomoteurs et accommodateurs étant situés très haut près du sommet du 3e ventricule. Il semble même résulter de l'analyse de certains faits que les radicules emanées de ces centres ne rejoignent le faisceau principal de l'oculo-moteur, qu'au moment où celui-ci va émerger des pédoncules. Les lésions génératrices de l'ophtalmie nucléaire sont très variées, mais dans la règle il s'agit d'une véritable amyotrophie rarement aiguë, le plus souvent chronique. On sait depuis longtemps que des paralysies oculaires peuvent accompagner la paralysie labio-glosso-laryngée et d'autres amyotrophies médullaires ; d'ailleurs un certain nombre d'autopsies ont permis de constater les lésions des noyaux. Quant à l'interprétation histologique, elle est surtout délicate pour les

altérations nucléaires observées dans la paralysie générale des aliénés et dans le tabes, elles semblent relever d'une sclérose épendymaire qui détruit les centres moteurs. Les symptômes essentiels de l'ophtalmoplégie nucléaire sont la suppression lente et graduelle de la motilité oculaire, avec ptosis modéré qui peut être vaincu par un effort de la volonté, avec intégrité des réflexes pupillaires et de l'accommodation. Cette forme de paralysie est toujours bilatérale, elle ne s'accompagne pas de réaction cérébrale. F. DE LAPERSONNE.

I. — Pseudo-atrophie de la papille, par TROUSSEAU, rapport par ABADIE (*Union médicale*, 12 *et* 26 *mars* 1887).

II. — Note sur les pseudo-atrophies, par DEHENNE (*Union méd.*, 2 *avril* 1887).

I. — L'auteur a observé quatre cas d'individus, présentant tous les signes de l'atrophie papillaire et chez qui la suppression de l'alcool et du tabac, l'emploi de la noix vomique, de l'hydrothérapie et des courants continus amenèrent en quelques mois la guérison. Il conclut que dans certaines intoxications il existe des manifestations oculaires simulant l'atrophie du nerf optique, en un mot des pseudo-atrophies de la papille.

Abadie conteste les opinions de Trousseau et admet qu'il s'agit d'amblyopie par intoxication avec décoloration de la pupille simulant l'atrophie réelle. Il indique deux procédés pouvant servir au diagnostic différentiel : 1° dans l'amblyopie simple, l'intensité en milliampères du courant nécessaire pour provoquer un phosphène est moindre que quand le tissu nerveux est dégénéré ; 2° quand on hésite entre une amblyopie toxique et une atrophie commençante, on pratique une injection sous-cutanée de pilocarpine, de manière à provoquer une abondante salivation. En cas d'intoxication, il y a aussitôt, pendant la période d'action du médicament, une augmentation notable de l'acuité visuelle qui reste la même en cas d'atrophie. H. L.

II. — Dehenne admet l'existence de pseudo-atrophies qui ont tous les caractères des atrophies vraies, et qui sont curables. Mais elles sont toujours d'origine syphilitique ou toxique, et se rencontrent généralement chez des syphilitiques alcooliques. Le diagnostic ne peut se faire en se basant simplement sur les différentes formes de dyschromatopsie. Il regarde comme signe plus probant ce fait que, dans les atrophies vraies, tabétiques, l'affection débute toujours par un œil ; l'autre ne se prend guère que lorsque l'acuité visuelle du premier a beaucoup diminué ; dans les pseudo-atrophies, les deux yeux sont pris en même temps, et la diminution de l'acuité visuelle suit une marche parallèle dans les deux yeux. En général, les malades atteints d'amblyopie toxique ne présentent aucune lésion ophtalmoscopique dans les trois premiers mois qui suivent le début des accidents. H. L.

Luxation rare du cristallin, par MONTAGNON (*Arch. d'ophtalm.*, *n°* 3, *p.* 204).

Le cristallin avait été luxé à la suite d'une chute sur la tête ; le choc ayant porté plus particulièrement sur l'orbite droit, il y eut consécutivement une iridocyclite avec hypotonie et douleurs vives qui nécessitèrent l'énucléation. En examinant le globe, on trouva, bien en arrière du cul-de-sac conjonctival, dans la portion supero-externe, une plaie de la sclérotique d'environ un cen-

timètre et près d'elle le cristallin, conservant encore un certain volume, parfaitement reconnaissable. Il était logé dans une sorte de cupule, entre le muscle droit externe et le droit supérieur, mais plus rapproché de ce dernier.

F. L.

Traitement des cataractes congénitales molles, par RIVIÈRE (*Thèse doct. Paris*, 1887).

Rivière fait le procès de la discission à laquelle il reproche de ne pas réussir avant deux ou trois séances opératoires et d'entraîner des accidents glaucomateux par luxation du cristallin ou par occlusion pupillaire ; elle peut d'ailleurs se compliquer de phénomènes inflammatoires depuis l'iritis plastique avec adhérences persistantes jusqu'à la panophtalmie. L'extraction linéaire simple par la méthode de Travers doit être l'opération de choix entre 4 et 25 ans: elle rend la vue séance tenante, elle laisse une pupille nette, ronde et mobile, elle permet en outre d'opérer les cas de cataracte nucléolaire décrits récemment. Les seuls accidents qui puissent lui être imputés, perte de l'humeur vitrée, enclavement de l'iris et cataracte secondaire seront facilement évités: quant à l'aspiration, elle sera réservée pour les seules cataractes liquides.

F. DE LAPERSONNE.

Luftblase im Glaskörper... (Bulle d'air dans le corps vitré ; perforation du cristallin sans cataracte ; le tout consécutif à une blessure de l'œil par un éclat de métal), par PFALZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin* 1887).

La bulle d'air fut facile à reconnaître à l'examen direct avec l'ophtalmoscope après dilatation de la pupille par l'atropine ; la plaie du cristallin siégeait à son bord supérieur ; l'auteur pense que les lèvres de la plaie cristalloïdienne ont dû se refermer immédiatement après le passage des corps étrangers et empêcher ainsi l'imprégnation de la lentille par l'humeur aqueuse. Le corps étranger situé dans le fond de l'œil au-dessous de la pupille fut extrait avec l'électro-aimant d'Hirschberg ; guérison. V = 4/20 trois semaines après l'opération ; la diminution de l'acuité visuelle fut mise sur le compte d'un léger trouble persistant du corps vitré. ROHMER.

Ueber künstliche Reifung der Kataracte (De la maturation artificielle de la cataracte), par SCHWEIGGER (*Berlin. klin. Woch., n° 35, p.* 656, 29 *août* 1887).

Une femme de 30 ans avait des deux côtés des stries opaques dans le pôle postérieur du cristallin, tandis que tout le reste de la lentille était parfaitement transparent ; l'acuité visuelle était réduite à 1/24. Schweigger provoqua d'abord à gauche la maturation de la cataracte par le procédé de Foerster, mais sans iridectomie. Au bout de quelques semaines, il fit l'extraction avec lambeau supérieur, également sans iridectomie. L'acuité visuelle redevint de 6/24. Peu de temps après, il traita l'œil droit d'après la méthode de Græfe : discission sans iridectomie avec extraction linéaire consécutive. La cataracte ramollie par la discission sortit facilement et le résultat de l'opération fut aussi très satisfaisant.

Schweigger profite de cette malade pour discuter les indications de la maturation artificielle de la cataracte. Ce qui importe dans l'opération de la cataracte, ce n'est pas que l'opacité du cristallin soit plus ou moins entière, mais que la lentille se laisse extraire en totalité de sa capsule. Or l'expérience a appris que cela ne tient nullement à l'opacité plus ou

moins complète du cristallin. Dans les cas de cataracte où la corticale ne paraît pas encore assez trouble, l'extraction directe sans maturation artificielle mérite la préférence. On peut agir de même dans les opacités du cristallin bornées au pôle postérieur, car ici encore la lentille sort aussi aisément que si la cataracte était tout à fait trouble. De même dans les cataractes dites irrégulières, dans lesquelles le cristallin est traversé par un grand nombre de stries distribuées irrégulièrement, on peut faire l'extraction sans maturation chez les individus qui ont dépassé 50 ans. En résumé, on peut sans recourir à la maturation artificielle préalable, extraire la plupart des cataractes non mûres qu'on n'osait pas opérer jadis. Cependant, il est certains cas où la maturation artificielle est indiquée, ce sont chez les individus relativement encore jeunes, de l'âge de 30 à 40 ans, qui ont dans les deux yeux généralement des opacités occupant la région du pôle cristalinien postérieur. Quant à savoir si on recourra au procédé de de Græfe ou à celui de Foerster, cela dépendra de l'âge des malades. Chez les jeunes gens, on fait la discission, chez les autres, on donnera la préférence à la méthode de Foerster, mais ni chez les uns ni chez les autres on ne fera d'iridectomie. J. B.

Ueber Iridectomie bei centralen Hornhauttrübungen und bei Schichtstaar (Iridectomie modifiée dans les opacités centrales de la cornée et dans la cataracte stratifiée), par BURCHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 657 29 *août* 1887).

Dans 4 cas d'opacités centrales de la cornée et dans un cas de cataracte stratifiée, Burchardt a pratiqué avec profit une iridectomie un peu spéciale. Il laisse un liséré intact de trois stries, immédiatement à côté de la pupille, et fait, dans la portion attenante, une pupille en forme de trou. Cette modification a l'avantage d'éviter la dilatation pupillaire qui survient après l'iridectomie ordinaire. Burchardt préconise la même opération contre le glaucome. J. B.

Ueber Extraction der Linse in geschlossener Kapsel (De l'extraction du cristallin sans ouverture de la capsule), par H. PAGENSTECHER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 854, 7 *novembre* 1887).

Dans le cours des dix dernières années, chez 75 malades atteints de cataracte double, Pagenstecher a, pour l'un des yeux, extrait le cristallin dans la capsule et pour l'autre incisé cette dernière auparavant. Il n'a pas noté de différence bien appréciable dans ces deux méthodes en ce qui concerne l'acuité visuelle consécutive.

Pagenstecher pose ainsi les indications de l'extraction du cristallin dans sa capsule intacte : 1° cataractes archi-mûres; 2° cataractes de Morgagni; 3° cataractes dues à des synéchies postérieures ; 4° cataractes luxées ; 5° liquéfaction de l'humeur vitrée.

Dans la discussion, Samelsohn déclare qu'il pratique aussi l'extraction du cristallin avec sa capsule toutes les fois que la cocaïne a ramolli le globe oculaire, au point qu'il n'offre plus une résistance suffisante au cystitome. J. B.

Ueber spontane Aufsangung von Cataracta senilis (De la résorption spontanée de la cataracte sénile), par MEYER (*Arch. of Ophtalm.*, *XXXIII*, 1).

Après une revue historique de l'état de la question, l'auteur rapporte le cas suivant dû à Leber :

Un homme de 59 ans, ayant joui autrefois d'une très bonne vue, se plaint que depuis 17 ans la vue de son œil droit diminue. Déjà, à ce moment, on avait diagnostiqué une cataracte ; on recula l'opération, parce que l'œil gauche était bon. Il y a 2 ans, survint une légère ophtalmie à l'œil droit, traitée par un collyre ; depuis ce temps, le malade se plaignait souvent de son œil ; il n'y avait jamais eu de traumatisme. On constate que la pupille de l'œil droit est en partie d'un beau noir, comme chez les aphaques, en partie occupée par une membrane mince, parsemée d'un fin pointillé transparent. A l'ophtalmoscope, on voit vaguement, mais très certainement une excavation glaucomateuse. Le globe de l'œil est dur. Il n'y a aucun symptôme de luxation du cristallin. Le malade aperçoit la lumière d'une bonne lampe ; les doigts sont comptés en haut et en dehors à un demi-pied. A gauche, cataracte mûre, sans complications.

On fit l'extraction de cette dernière, avec $+ 9$ V $= 20/200$. On constate une légère excavation glaucomateuse. Au bout de trois semaines, on constate, à l'œil droit, après instillation d'atropine, l'existence d'une excavation glaucomateuse bien nette, avec papille blanche. La lentille est résorbée, sauf une membrane qui persiste. Capsule transparente, avec pointillé blanchâtre et quelques taches plus grandes. En bas, synéchie postérieure. Pas de trace de traumatisme. Tonus normal.

En recherchant dans la littérature tous les cas de résorption spontanée, l'auteur en trouve une partie qui fut soumise à un traumatisme, et une autre tellement peu probante, qu'on ne peut lui accorder aucune valeur.

Pour ce qui est des cas de résorption des cataractes séniles, on ne peut, avant l'emploi de l'ophtalmoscope, n'accorder de valeur qu'à deux cas de Warnatz, dont l'un est douteux, et l'autre accompagné de toute sorte de complications. Des observations plus récentes montrent d'une façon plus péremptoire, qu'une cataracte peut se résorber plus ou moins complètement et permettre de récupérer l'acuité visuelle. Dans la plupart des cas, il s'agit de résorption des couches corticales avec ou sans disparition concomitante du noyau ; dans ce dernier cas, le noyau reste dans la capsule cristalloïdienne affaissée, dont les feuillets s'accolent si intimement, qu'une bonne acuité visuelle peut en résulter.

Il est donc certain que la résorption spontanée peut atteindre non seulement les cataractes chez des jeunes gens, mais aussi, quoique beaucoup plus rarement, chez des vieillards. ROHMER.

Extraction eines Zündhutsplitters (Extraction d'un débris de capsule), par BOURNONVILLE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mai* 1887).

L'auteur, après avoir diagnostiqué la présence et le siège exacts du corps étranger, fit une incision entre les muscles droits supérieur et interne. Puis, l'ophtalmoscope aidant, il put aller, avec une pince à iris à longues branches, saisir directement le corps étranger métallique et le retirer du coup. La guérison se fit sans encombre. ROHMER.

Ein Beitrag zur Nachbehandlung von Cataract-Patienten (Contribution au traitement consécutif des opérés de cataracte), par RANDOLPH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *mai* 1887).

L'ancien pansement qu'on appliquait aux opérés de la cataracte est complètement laissé de côté par le professeur Chisolm, de Baltimore ; au lieu de rester confiné au lit, le malade est assis toute la journée dans un fauteuil, la chambre obscurcie, mais pas au point qu'on n'y puisse plus lire. L'œil est maintenu fermé simplement par un emplâtre très mince de colle de poisson, à travers lequel l'opéré distingue très bien le jour de la nuit ; cet emplâtre est enlevé le cinquième jour, quelquefois même le troisième. L'œil non opéré reste constamment à découvert. On ne voit plus, avec cette méthode, ni injection de la conjonctive, ni blépharospasme, seulement un peu de rougeur conjonctivale vis-à-vis de la plaie cornéenne. L'année dernière, on a opéré ainsi 127 malades qui ont obtenu des résultats bien meilleurs qu'avec l'ancienne manière de faire.

L'emplâtre doit être suffisamment grand pour recouvrir les deux paupières, sauf une petite fente qu'on ménage à la partie interne pour permettre l'écoulement des sécrétions.

D'après l'auteur, ce serait Michel, de Saint-Louis, qui, le premier, aurait substitué ce pansement à l'ancien bandage compressif. A. ROHMER.

Embolie ou thrombose de l'artère centrale de la rétine, par NETTLESHIP (*The roy. London ophth. hosp. Reports*, *XII*, 3, *p.* 265).

Femme, 36 ans, plusieurs enfants, en dernier lieu une fausse couche : pas de syphilis ni de rhumatisme, peut-être alcoolique, se plaint de migraines fréquentes et présente un peu de bouffissure, quelques troubles digestifs. Elle éprouve brusquement une perte de la vision de l'œil ; le champ visuel est réduit au cinquième de son étendue, la partie voyante forme un secteur assez nettement limité en haut et en dedans. On constate l'oblitération de plusieurs artères rétiniennes, des veines tortueuses, une papille diffuse et quelques hémorragies rétiniennes. Rien au cœur, rien dans les urines. Quelques jours après, les mêmes phénomènes se produisent du côté opposé et le rétrécissement du champ visuel est absolument symétrique. A l'ophtalmoscope, les artères sont plus petites, mais pas complètement oblitérées, quelques hémorragies et surtout de très nombreuses taches de pigment, entourées d'un petit cercle d'atrophie choroïdienne, comme dans certains cas de choroïdite syphilitique. Des deux côtés, on put observer la formation d'un vaisseau volumineux et tortueux produit par la circulation collatérale ; à droite, ce vaisseau répondait précisément à la partie voyante du champ visuel. La disposition particulière de ce vaisseau était due sans doute à une anomalie dans la division de l'artère centrale de la rétine, elle explique la forme symétrique du champ visuel. Un nouvel examen a fait reconnaître la présence d'albumine dans les urines et la malade est morte d'accidents urémiques quelques mois après. On peut se demander pourquoi une affection rénale a produit, dans ce cas, une oblitération vasculaire au lieu de la rétinite albuminurique ordinaire et pourquoi les artères rétiniennes ont été toutes atteintes. F. DE LAPERSONNE.

Ablation d'une tumeur du nerf optique chez une enfant, avec conservation du globe oculaire, par MELLINGER (*Correspondenz-Blatt f. schw. Aerzte*, *n°* 12, *p.* 368, 15 *juin* 1887).

Fillette âgée de 13 ans, ayant depuis 2 ans de l'exophtalmie, une acuité

visuelle très variable et une gêne considérable des mouvements de l'œil. Pendant l'opération, après la section des droits supérieur et interne, le globe oculaire dut être luxé complètement et amené au dehors pour pouvoir extirper la tumeur qui entourait de toute part le nerf optique. Quand la réunion des muscles droits se fut effectuée, le globe oculaire qu'on avait remis en place retrouva toute sa mobilité. La tumeur était un névrome placé entre les gaines nerveuses et ayant déjà par places envahi le nerf optique lui-même.

J. B.

Des tumeurs du nerf optique, par JOCQS (*Thèse de Paris*, *n°* 248, 1887).

Les tumeurs du nerf optique sont rares ; l'auteur n'a pu en trouver que 62 cas dans la littérature médicale, qui ont servi de point de départ à cette étude très complète. Au point de vue anatomique, l'un des caractères dominants de ces tumeurs, c'est d'être primitives, c'est-à-dire originaires du nerf optique lui-même ou de ses enveloppes et d'être parfaitement encapsulées ; elles prennent naissance dans l'espace intervaginal ou dans le nerf lui-même et elles détruisent rapidement les tubes nerveux, du moins au centre ; à la périphérie, ils sont seulement atrophiés. Il est très rare que le néoplasme se prolonge jusqu'à la papille et envahisse le globe ; il est plus fréquent de voir l'envahissement du chiasma, avec atrophie rapide de la papille opposée ; quelquefois même dépassant le chiasma, ces tumeurs s'étendent vers la substance cérébrale. Par ordre de fréquence, on trouve le sarcome et le myxosarcome, les fibromes et les gliomes avec ou sans dégénérescence myxomateuse enfin les psammomes et les endothéliomes : le névrome est exceptionnel. — Parmi les phénomènes cliniques du début, il faut signaler une diplopie très précoce, mais qui disparaît rapidement par suite de l'amblyopie : celle-ci tient à l'atrophie rapide des éléments nerveux que l'on peut constater à l'ophtalmoscope ou à la névrite optique avec stase papillaire. Puis survient l'exophtalmie, rarement directe, avec conservation relative de la mobilité du globe, à une période plus avancée encore ; on peut sentir la tumeur par la palpation et un des points de prédilection pour l'apparition à la base de l'orbite est au niveau de l'angle supéro-interne. Malgré un envahissement rapide, ces tumeurs sont le plus souvent indolentes et de plus, si elles marchent vite au début, elles restent ensuite longtemps stationnaires et sont encapsulées jusqu'au moment où elles envahissent la portion intracranienne du nerf optique. Il n'y a, bien entendu, qu'un traitement : l'ablation de la tumeur aussi complète et aussi précoce que possible ; l'œil doit être sacrifié parce que l'extirpation est plus facile, le pansement antiseptique plus complet ; d'ailleurs l'œil laissé en place s'atrophie presque toujours.

F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von isolirter Lähmung des Blicks nach oben mit Sectionsbefund (Un cas de paralysie isolée du regard de bas en haut, avec constatations nécroscopiques), par R. THOMSEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XXIII*, *Heft* 2, *p.* 616, 1887).

Un homme de 49 ans, qui présentait différents symptômes en rapport présumable avec une sclérose multiple des centres nerveux (accès de vertiges, céphalées limitées à un seul côté, scotomes, vomissements tremblement des mains et des pieds, incontinence d'urine, diplopie passa-

gère) et des troubles psychiques était, dans l'impossibilité de diriger le regard au-dessus de la ligne horizontale alors que les globes oculaires pouvaient se mouvoir librement dans toutes les autres directions. En examinant chaque œil séparément, on constatait que cette paralysie isolée du regard était plus prononcée à droite qu'à gauche. La réaction pupillaire était à son minimum à droite et au-dessous de la normale à gauche. Des deux côtés, la papille était manifestement pâle.

A l'autopsie de cet homme, on trouva des îlots de sclérose peu accusée à travers la moelle et dans les racines spinales, jusqu'à la partie supérieure du segment cervical. En deçà de cette limite et en remontant, on ne découvrait plus de traces de sclérose; il existait seulement une épendymite très intense du quatrième ventricule. Intégrité des noyaux, dans la moelle allongée et la protubérance, en particulier des noyaux d'origine de l'oculo-moteur. Par contre, on découvrait entre les pédoncules cérébraux près de l'émergence des nerfs de la troisième paire (oculo-moteurs), une tumeur gommeuse qui n'intéressait que superficiellement le pédoncule à gauche, tandis qu'à droite elle pénétrait profondément dans le pédoncule et dans le *locus niger* pour s'étendre jusqu'au noyau rouge. Les faisceaux radiculaires de l'oculo-moteur présentaient une structure normale à gauche; à droite, ils étaient en état de dégénérescence très avancée là où ils se trouvaient traversés par la néoplasie. Sur des coupes transversales des troncs de la troisième paire, on découvrait, à droite, les traces d'une dégénérescence généralisée et intense des fibres nerveuses, d'une dégénérescence partielle et légère à gauche. Les deux muscles droits supérieurs étaient intacts; les terminaisons nerveuses intra-musculaires étaient dégénérées à droite.

Il ne s'agissait donc pas, dans ce cas, d'une paralysie *associée*, mais d'une lésion exclusivement périphérique des nerfs automoteurs, lésion plus accusée à droite. Circonstance remarquable, malgré que la lésion atteignit une intensité très inégale dans les deux nerfs, le trouble fonctionnel qui en résultait était presque également prononcé des deux côtés.

E. RICKLIN.

Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslaehmung, mit Sectionsbefund (Un cas de paralysie récidivante de l'oculo-moteur, à marche typique avec constatations nécroscopiques), par A. RICHTER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 1, *p.* 259, 1887).

Richter relate la curieuse observation d'un homme qui depuis l'âge de cinq ans avait été affecté régulièrement chaque année, au mois d'avril ou de mai, d'une paralysie de l'oculo-moteur à droite. Cette attaque de paralysie s'accompagnait de céphalalgie et d'anorexie. Depuis sa vingtième année, il avait eu, chaque année, deux attaques semblables, une au printemps, une autre en automne. A l'âge de treize ans, il était tombé d'une échelle et avait perdu connaissance. A la suite de cet accident, le malade a été pris d'une attaque convulsive. D'autres attaques suivirent à des intervalles de 8 à 15 jours, et plus rarement pendant la période de temps qui s'est écoulée de 1869 à 1880. Plus tard, à la suite d'un mariage malheureux, les attaques ont de nouveau gagné en fréquence. Pendant un séjour du malade à l'hôpital de la Charité de Berlin, l'état de ces fonctions visuelles a fait l'objet d'un examen très minutieux dont les résultats sont consignés dans le mémoire de l'auteur.

Le malade succomba aux suites d'une gangrène pulmonaire. L'autopsie a révélé l'existence d'une tumeur siégeant près de l'émergence du nerf oculo-moteur droit, à sa sortie de la dure-mère. Le néoplasme était constitué par un fibro-chondrome, dont les éléments s'étaient interposés aux fibres de l'oculo-moteur, en les écartant mais sans en provoquer l'atrophie. Les noyaux

d'origine de la troisième paire étaient intacts; il en était de même des muscles de l'œil à droite.

Pas d'antécédents syphilitiques chez le sujet. Son père avait été épileptique.

E. RICKLIN.

La myopie scolaire, par Ernest PFLUEGER (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég. 3e série, XVIII, p.* 113, *août* 1887).

La myopie est de toutes les maladies scolaires la plus sûrement prouvée et la mieux étudiée: les recherches faites jusqu'ici portent sur 111,500 écoliers. Dès 1867, Cohn, d'après l'analyse de 10,000 observations personnelles, a énoncé trois thèses fondamentales, pleinement confirmées dans la suite : 1° la myopie augmente en fréquence et cette fréquence est en rapport direct avec les exigences des établissements d'instruction; elle croît d'une manière constante des écoles de village aux écoles élémentaires de la ville et de celles-ci aux écoles secondaires; 2° le nombre des myopes s'élève, dans chaque école, de classe en classe ; 3° on voit des myopies plus fortes dans les degrés supérieurs de l'enseignement que dans les classes inférieures.

Les filles sont plus gravement atteintes de myopie que les garçons.

Weber a prouvé qu'il y a autant de myopes parmi les élèves paresseux que chez les autres, à cause du plus grand nombre d'années passées à l'école.

Il est très difficile de distinguer l'importance relative de l'hérédité, car les facteurs qui ont pu abaisser la vue du père peuvent affecter le fils de la même infirmité, sans qu'on doive accuser l'hérédité. De plus la myopie héréditaire saute quelquefois 2 ou 3 générations. D'après les recherches que Pflueger a faites sur la population scolaire de Lucerne, 10 0/0 représente probablement la proportion des cas de myopie purement héréditaire.

En résumé, la plupart des myopes sont redevables à l'école de leur affection ; l'influence de l'hérédité et de la race sont peu importantes.

Une dernière preuve de l'influence des études sur le développement de la myopie c'est que les professions non lettrées et les peuples non civilisés comptent beaucoup moins de myopes.

Pflueger étudie ensuite les meilleurs moyens de combattre la myopie scolaire.

J. B.

Éviscération du globe avec corps vitré artificiel, par MULES (*Transact. of the Ophth. Society of the united Kingdom, vol. V, p.* 200).

Après avoir enlevé la partie extérieure du globe et extrait son contenu comme dans l'exentération de de Graefe, Mules fait un lavage avec la solution de sublimé et place une petite boule de verre. Il fait ensuite des sutures au catgut et panse à l'iodoforme. Lorsque les précautions antiseptiques sont bien prises, il n'y a pas de réaction inflammatoire. Mules présente l'emploi du vitréum artificiel comme un complément utile au point de vue esthétique et sans danger.

F. DE LAPERSONNE.

La suggestion hypnotique appliquée aux maladies des yeux, par FONTAN (*Recueil d'ophtalm.*, 1887).

La thérapeutique suggestive peut rendre quelques services en ophtalmologie. Les expériences ont d'abord porté sur les diverses fonctions de

l'œil sain. En dehors de la cécité psychique que l'on produit si facilement chez les hystériques, on a pu obtenir la cécité monoculaire, la diplopie et le strabisme manifeste, mais un des faits les plus curieux a trait à l'accommodation et à l'adaptation pupillaire. On peut obtenir la dilatation ou la contraction de la pupille, suivant que le sujet croit voir un objet éloigné ou rapproché. Plaçant une canne dans la main de l'hypnotique, on la dépeint d'abord comme très grosse, puis elle semble s'amincir, devenir fine comme une aiguille ; le sujet rapproche le bâton ; ses yeux entrent en convergence et finalement les pupilles sont très contractées. Au point de vue de l'action des médicaments, l'expérience de Bourru et Burot n'a pas donné de résultats, en revanche, en expliquant l'action de la cocaïne, on a produit une anesthésie complète pendant vingt-cinq minutes. Quant au sommeil hypnotique obtenu en vue de l'anesthésie chirurgicale, il ne peut être employé, l'écartement des paupières réveillant les malades : d'autre part, l'anesthésie par suggestion est trop difficile à obtenir, les sujets étant trop préoccupés par l'idée d'une opération.

Parmi les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus, Fontan cite les observations d'amblyopies, d'amoroses unilatérales qui ont été guéries ou améliorées. Chez un officier de marine qui se croyait atteint de choriorétinite syphilitique mais qui ne présentait qu'une fatigue rétinienne avec scotome central et photophobie assez intense, une suggestion énergique fit disparaître tous les phénomènes. Mais c'est surtout dans les troubles de sensibilité générale, dans les névralgies du trijumeau, dans le blépharospasme d'origine nerveuse que ce moyen doit particulièrement réussir.

F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Canalicules perforants de la membrane basale de la muqueuse nasale hypertrophiée, par H. CHATELLIER (*Soc. anat.*, 22 *avril* 1887, *et Ann. des mal. de l'oreille, juin* 1887).

Chatellier décrit sous ce nom une série de canaux nés de la face profonde de la membrane basale, où ils se continuent directement avec le réseau capillaire, traversant plus ou moins en ligne droite l'épaisseur de cette membrane et venant s'ouvrir en entonnoir à la face profonde de la couche épithéliale. Dans leur intérieur, on trouve des leucocytes en voie de migration.

Chatellier pense que la présence de ces canalicules peut donner l'explication des quantités de liquide excrétées dans le cours des accès de coryza spasmodique, liquide qui serait fourni par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et rejeté par ces conduits. A. CARTAZ.

Histologie et nature parasitaire du rhinosclérome, par WOLKOWITSCH (*Centralblatt f. d. med. Wiss.*, *n°* 47, 1886, *et Arch. slaves de biologie t. III, fasc.* 2).

Au point de vue histologique, le rhinosclérome se caractérise par la

prolifération du tissu conjonctif et par la dégénérescence hyaline de la substance qui le constitue. La matière hyaline se présente sous forme de grandes boules, ou d'amas de petites sphères, que caractérisent leur réfringence, leur coloration intense par l'aniline, leur résistance à la décoloration, leur résistance aux acides. Ces masses hyalines se trouvent dans ou entre les cellules. Il se présente dans les tissus du rhinosclérome, soit dans les cellules, soit entre elles, des microbes, d'aspects différents, dont les réactions se montrent les mêmes que celles des masses hyalines. Cultivés sur gélatine ou agar-agar, ces microbes ont formé des colonies ayant l'aspect de masses homogènes d'un gris blanc. Examinés après coloration, les microbes de la culture sont constitués de deux noyaux fortement colorés, et entourés d'une capsule plus claire; ils rappellent ainsi les diplocoques de la pneumonie. Ce parasite, que Cornil a découvert, est-il la cause de la maladie? C'est une question que des inoculations, tentées en ce moment par l'auteur, peuvent seules résoudre. Quant à la production des boules hyalines, elle peut être mise aussi bien sur le compte d'une fonte des parasites morts, que sur celui d'une métamorphose des tissus sous l'influence de ces parasites. A. P.

Des varices nasales et de leur traitement, par VILLEDARY (*Thèse de Bordeaux*, 27 *juillet* 1887).

Dans ce travail, Villedary appelle, après divers auteurs, l'attention sur les ectasies veineuses de la pituitaire comme cause d'épistaxis graves et surtout rebelles. L'examen rhinoscopique montre dans ces cas d'hémorragies des dilatations siègeant le plus souvent sur la partie antéro-inférieure de la cloison. La cautérisation au galvano-cautère ou à l'acide chromique amène une guérison radicale. Sept observation inédites. A. C.

I. — Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand (Pathogénie des déviations de la cloison des fosses nasales), par A. LŒWY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 47, *p.* 816, 22 *novembre* 1886).

II. — Ueber die Deformation des septum Narium, par GENZMER (*XVIe Congrès des chir. allemands; Cent. f. Chir.* 1887).

III. — Ueber Schiefstand der Nasenscheidewand (Déviation de la cloison des fosses nasales), par A. SCHAUS (*Archiv f. klin. Chir.*, *Band XXXV*, *p.* 1).

IV. — Sur une restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez, par DELORME (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XIII*, *p.* 147-149, 1887).

I. — En dehors des déviations traumatiques, Baumgarten (*Deustche med. Wochens.* 1886, n° 22), soutient que toutes les autres anomalies de la cloison des fosses nasales sont d'origine mécanique et dues à la poussée exercée par les corps caverneux et les cornets, surtout inférieurs, contre la cloison. Lœwy combat cette manière de voir, car il a observé bon nombre de déviations de la cloison sans aucune tuméfaction des cornets et il propose, pour un certain nombre d'entre elles, une nouvelle explication. Il n'est pas rare d'observer des enfants de 10 à 12 ans ayant, outre la déviation de la cloison, une physionomie qui frappe à première vue : face petite, forte saillie des incisives supérieures, étroitesse et voussure exagérée de la voûte palatine. Parfois même, il s'y joint un cer-

tain degré d'asymétrie de la voûte palatine osseuse, dont l'une des moitiés est plus étalée et partant plus large que l'autre. Dans ces cas, la direction de la cloison s'effectue toujours du côté où le palais est le moins voûté. Les auteurs, Wagner et Michel notamment, ont voulu voir là les effets de la gêne de la respiration nasale amenée par l'hypertrophie du tissu adénoïde pharyngien, mais Lœwy repousse cette interprétation à laquelle il préfère celle de Fleischmann qui les rattache au rachitisme. En définitive, pour Lœwy, dans un certain nombre de cas, c'est le rachitisme qui est cause à la fois de la déformation du palais et de la déviation de la cloison. J. B.

II. — L'an dernier, chez 9 individus, présentant une difformité de la cloison nasale, Genzmer a trouvé un traumatisme comme cause. Il croit qu'il en doit être ainsi dans la majorité des cas. Si l'origine traumatique échappe, c'est que la déviation de la cloison et les suites fâcheuses qu'elle entraîne n'apparaissent qu'un certain temps après la blessure. Comme traitement, Genzmer pratique la section de l'angle aigu de la cloison avec un bistouri boutonné courbé.

Von Volkmann déclare que, jadis partisan de l'origine traumatique, il a dû modifier son opinion à la suite des recherches anatomiques de Welcker qui a démontré que presque toutes, sinon même toutes, les déviations de la cloison tenaient à des anomalies de développement.

Trendelenburg partage la même manière de voir.

Lange et Heymann, en revanche, admettent comme Genzmer la nature traumatique d'un grand nombre de ces déviations. Mais Heymann repousse le redressement de la cloison avec une pince que Lange pratique pendant la chloroformisation et rejette également, comme trop long et compliqué, le procédé opératoire de Krieg. J. B.

III. — Les déviations légères sont extrêmement fréquentes. Dans les déviations accentuées, la convexité est le plus souvent tournée du côté droit. D'ordinaire il n'existe qu'une seule courbure, dans deux cas seulement, l'auteur a trouvé une double courbure en S. La partie membraneuse de la cloison ne prend aucune part à la déviation. — L'irritation de la muqueuse qui résulte du rétrécissement de la fosse nasale correspondante détermine assez souvent le développement de polypes. — On observe quelquefois des crises d'asthme. Dans la moitié des cas, l'auteur a constaté une légère différence d'un côté à l'autre dans les dimensions de l'orifice postérieur des fosses nasales. Sur les crânes secs, on observe fréquemment cette formation décrite par Zuckerkandl sous le nom de crête latérale du vomer, et qu'il ne faut pas confondre avec la déviation de la cloison.

Le point important, c'est que la déviation porte non seulement sur la cloison des fosses nasales, mais encore sur tout le squelette de la face. On observe cette forme particulière de l'origine antérieure des fosses nasales, que Welcker a décrite sous le nom de ptéléorrhinie, — mais elle est très variable dans ses détails. Les orbites sont plus ou moins asymétriques dans leur forme et dans leur situation. Mais les modifications les plus importantes sont celles qui ont pour siège le maxillaire supérieur. Tout d'abord la hauteur de la voûte palatine est toujours exagérée; mais l'auteur s'est assuré par un grand nombre de mensurations pratiquées sur des crânes secs, que, si la déviation coexiste toujours avec une

grande élévation de la voûte, par contre cette élévation peut être aussi considérable sans qu'il y ait de déviation. En outre, la voûte est d'une étroitesse remarquable ; et cette étroitesse est absolument spéciale aux individus atteints de déviation de la cloison. — La troisième déformation du maxillaire consiste en l'asymétrie des deux rebords alvéolaires droit et gauche. Le bord qui correspond à la convexité de la cloison est ordinairement plus long que celui du côté opposé. Enfin les dents implantées obliquement s'imbriquent à la manière des tuiles d'un toit.

L'auteur pense que toutes les hypothèses qui attribuent à des causes mécaniques la déviation de la cloison sont insuffisantes. Pour expliquer cet ensemble de déformation, il faut admettre une anomalie de développement du squelette de la face. Peut-être la première de ces déformations est-elle celle qui porte sur la voûte palatine osseuse. La déviation de la cloison n'en serait que la conséquence. On sait que Trendelenburg a attribué l'étroitesse et la hauteur exagérée de la voûte palatine à la synostose de la suture des deux moitiés des maxillaires. Mais ce n'est là qu'une supposition. PIERRE DELBET.

IV. — A la suite d'une tentative de suicide, un soldat s'était emporté le nez et toute la partie de la voûte palatine qui est en avant des deux dernières molaires de chaque côté, avec une partie de la lèvre supérieure. Delorme répara cette vaste perte de substance par une série d'opérations ainsi conçues et faites à d'assez longs intervalles :

1° Autoplastie reconstituant la lèvre supérieure ;

2° Refoulement en arrière de cette lèvre qui, maintenue horizontale par un dentier, reconstitue la voûte palatine ;

3° Allongement de cette lèvre, rendue trop courte par cette manœuvre, par une nouvelle autoplastie ;

4° Un an plus tard, obturation (sauf en un point constituant les narines) de l'orifice nasal antérieur par un rideau cutané vertical, dont la face épidermique regarde en avant ;

5° Revêtement de la pièce de soutien du nez par 3 lambeaux lui correspondant par surface cutanée, et lui formant ainsi une loge revêtue d'épidermique, non sujette aux ulcérations habituelles avec ces appareils ;

6° Greffes dermo-épidermiques pour cicatriser la place des lambeaux.

Résultat fonctionnel et *cosmétique* très satisfaisant. MAURICE HACHE.

Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle (Des collections purulentes du sinus maxillaire), par B. FRÆNKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 228, 28 *mars et n°* 16, *p.* 273, 18 *avril* 1887).

Frænkel n'a en vue ici que les abcès du sinus maxillaire ne donnant lieu ni à une distension des parois de cette cavité, ni à des fistules. Contrairement à Zuckerkandl, il croit qu'ils sont plus communs après les affections dentaires, qu'après les nasales. Le seul signe pathognomonique de ces collections purulentes est l'écoulement nasal, se produisant dans certaines attitudes ; cet écoulement, qui se fait par une seule narine, est assez souvent fétide. Dans la majorité des cas, l'abcès détermine des douleurs, qui siègent dans le front, au-dessus et en arrière de l'œil, à la racine du nez, du côté correspondant ; ces douleurs sont rarement continues ; elles ne se montrent généralement qu'au réveil, ou après certains mouvements d'inclination du corps en avant, par exemple. Un certain nombre de malades éprouvent des étourdissements en marchant, d'autres de la lourdeur de tête.

Comme méthode de traitement, Frænkel préconise l'opération de Mikulicz (*R.S.M.*, XXVIII, 711) à laquelle il a eu recours chez les malades. Le traitement secondaire consiste en injections désinfectantes, que l'opéré apprend rapidement à se faire, au moyen d'une canule recourbée et d'un irrigateur.

Krause, à l'inverse de Frænkel, a vu les affections des fosses nasales être plus souvent causes d'abcès des sinus maxillaires que les lésions dentaires. Parmi les symptômes de l'abcès, il note : une sensation de pression au niveau de la fosse canine, une sensation d'allongement des dents, de l'odontalgie même sans carie, des douleurs dans l'oreille ou la tempe correspondante. D'autres fois, ces symptômes manquent, y compris même l'écoulement purulent nasal, spontané ou provoqué par certaines attitudes ou par la douche d'air. Krause est également partisan de l'opération de Mikulicz ; seulement au lieu de stylet, il se sert d'un trocart courbe, aminci à son extrémité antérieure.

Hartmann, comme Krause, estime que l'abcès du sinus est presque exclusivement consécutif à des affections du nez. 4 fois sur 16, il a l'vu survenir à la suite d'un violent coryza aigu et une seule fois seulement après une affection des dents. Quant au traitement, il s'en tient aux injections pratiquées dans le méat moyen, afin de rétablir ou de faciliter l'écoulement du pus.

Au contraire, B. Baginsky n'a eu à traiter que des collections purulentes du sinus, provoquées par l'extraction de dents.

Il en est de même de Lublinsky qui, chez 2 malades, a obtenu une guérison complète, au moyen d'injections faites directement dans l'orifice, qui fait communiquer le sinus avec les fosses nasales.

Schadewaldt relate un cas d'abcès du sinus causé par une stomatite scorbutique. (*R.S.M.*, XVIII, 667 et XXV, 329.) J. B.

Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle (Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore), par J. KILLIAN (*Monatschr. für Ohrenheilkunde*, *n°* 10, *p.* 277, 1887).

Deux points essentiels se dégagent de ce travail : 1° que l'empyème du sinus maxillaire peut exister sans écoulement de liquide par l'orifice antérieur de la fosse nasale, tandis que la rhinoscopie postérieure peut révéler la présence de pus s'échappant par la choane correspondante, vers le pharynx ; 2° que l'alvéole de la première grosse molaire est celle qui fait le plus saillie sous le sinus maxillaire, et que l'empyème de cette dernière cavité est le plus souvent sous la dépendance d'une carie de cette dent. LUC.

Ueber die Sondirung der Stirnbeinhoehle (Du cathétérisme des sinus frontaux) par A. JURASZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 3, *p.* 34, 17 *janvier* 1887).

Jurasz a réussi à introduire une sonde dans le sinus frontal à maintes reprises et chez divers individus. La première fois qu'il y parvint, ce fut chez une jeune fille de 17 ans atteinte de catarrhe du sinus, et dont il relate l'histoire. Puis, il eut l'occasion de s'assurer que c'était bien dans cette cavité que l'instrument pénétrait, chez un malade dont les sinus frontaux étaient mis à nu par un cancroïde du front. Depuis lors, il a entre-

pris ce cathétérisme chez vingt et une autres personnes, saines ou atteintes de catarrhe du sinus; cinq fois l'opération lui a réussi immédiatement des deux côtés et presque sans aucune difficulté : six fois, le sondage a été très difficile d'un côté ou de l'autre; enfin, dix fois, il lui a été impossible d'introduire le cathéter. Mais Jurasz ajoute qu'il n'a jamais fait des essais que chez les individus où l'orifice nasal du sinus était facile à voir.

Il se sert d'un stylet boutonné, extrêmement fin, long de onze à quinze centimètres. C'est l'orifice de l'infundibulum à l'extrémité antérieure du cornet moyen qu'il s'agit de trouver. Entre le bec antérieur du cornet moyen et l'apophyse unciforme de l'ethmoïde qui est en dehors, l'infundibulum forme une gouttière se terminant en haut par un demi-cercle, tandis qu'en bas elle se retrécit, et finit en pointe. La portion supérieure arrondie de cette gouttière qui représente une grande virgule est l'orifice cherché du canal du sinus frontal. Ce canal, qui mesure une longueur de douze à seize centimètres, est plus étroit à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités : en outre, il n'est pas toujours rectiligne et peut d'ailleurs ne pas affecter la même direction dans les deux narines d'un même sujet.

Jusqu'ici, la seule indication du cathétérisme frontal est fournie par les catarrhes des sinus se compliquant de rétention des sécrétions. C'est là une opération beaucoup plus simple que la ponction du sinus avec le trocart à l'intérieur des fosses nasales et que la trépanation du frontal par l'extérieur. J. B.

Zur Technik der seitlichen Pharyngotomie behüfs Entfermung der Tonsillengeschwülste (Pharyngotomie latérale pour l'extirpation des tumeurs de l'amygdale), par A. OBALINSKI (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 28, 1887).

Dans le cas dont il s'agit, l'auteur a pratiqué la trachéotomie, parce que le malade présentait des symptômes d'asphyxie. Mais il ne pense pas que cette opération préliminaire soit nécessaire dans tous les cas. La respiration étant assurée, il a fait une incision longitudinale sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au cartilage cricoïde. Le paquet vasculaire ayant été disséqué et récliné avec un crochet mousse, il sectionne l'artère linguale entre deux ligatures, coupe les muscles styloïdiens et digastriques pour arriver jusqu'à la paroi pharyngienne. Mais, l'extrémité supérieure de la tumeur ne pouvant encore être atteinte, il fait tomber perpendiculairement sur la première une seconde incision qui part de l'angle de la mâchoire et sectionne le maxillaire. La tumeur devient alors facilement accessible; il la circonscrit et l'enlève presque sans perte de sang. Suture osseuse au fil d'argent, des parties molles avec de la soie. La peau longitudinale est laissée ouverte et donne passage à un drain qui pénètre jusque dans la bouche. La canule de la trachéotomie est enlevée le sixième jour; le malade est nourri pendant dix jours à la sonde œsophagienne. Cinq semaines après l'opération, il est complètement guéri, sans pseudarthrose du maxillaire. La tumeur était un sarcome à petites cellules.

L'auteur considère ce procédé comme le meilleur pour l'extirpation des tumeurs qui occupent la partie supérieure du pharynx. Au contraire, pour celles qui ont envahi le plancher de la bouche, les procédés de Langenbeck ou de Kocher sont préférables. Celui de Gussenbauer est indiqué, lorsque l'intervention doit surtout porter sur la partie inférieure du pharynx. PIERRE DELBET.

Ueber Exstirpation des Pharynx-Larynx und Lungen-Carcinoms resp. Sarkoms par KROENLEIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 20, *p.* 623, 15 *octobre* 1887).

1° *De l'ablation du cancer du pharynx*. De 1881 à 1887, Krœnlein a vu 23 cas de cancer pharyngé. 12 fois il a fait l'extirpation du pharynx en enlevant parfois en même temps une portion du larynx et de la base de la langue. 3 malades ont succombé aux suites immédiates de l'opération. Chez un treizième, Krœnlein n'a pu faire que l'œsophagotomie au-dessous de la tumeur; enfin, chez 2 autres, il a pratiqué la trachéotomie d'urgence.Le malade œsophagotomisé est mort dans les jours qui ont suivi l'opération.

Krœnlein est partisan d'une opération radicale précoce, et il s'élève vivement contre les cautérisations qui n'ont d'autre effet que de favoriser l'extension et le ramollissement de néoplasme ainsi que l'envahissement des ganglions voisins.

D'après leur siège, il établit trois groupes parmi les cancers du pharynx : 1 °ceux de la voûte, les plus rares de tous : Krœnlein n'en a observé qu'un cas inopérable ; ceux des parois latérales les plus communs ; 3° les rétro-laryngiens ou cancers de la portion initiale de l'œsophage.

Les cancers de la voûte pharyngée peuvent rester d'abord inconnus, car ils sont cachés en arrière du voile palatin et ne se révèlent en certain temps que par les symptômes des végétations adénoïdes, dont ils peuvent d'ailleurs provenir. Les cancers de la paroi latérale occupent la région des amygdales et ne tardent pas à s'étendre en arrière vers la paroi postérieure du pharynx, en avant sur l'axe glosso-palatin et le voile, en dedans vers la base de la langue, et en bas sur les replis aryépiglottiques et l'épiglotte. Un de leurs signes presque constant et très précoce est les violents élancements dans les oreilles. Quant aux cancers rétro-laryngiens, ils donnent quelquefois une tumeur appréciable de l'extérieur, qui refoule le larynx en avant et cause de la dysphagie.

Voici le procédé opératoire de Krœnlein pour l'extirpation des cancers des parois latérales du pharynx. Pas de trachéotomie préventive. Malade demi-assis anesthésié incomplètement. Incision de la peau et des parties molles décrivant un arc à convexité inférieure, depuis la commissure labiale, et contournant l'angle de la mâchoire pour se rendre vers l'apophyse mastoïde. Dissection préparatoire des tissus profonds de manière à enlever les ganglions dégénérés de la région sous-maxillaire. Mise à nu du maxillaire inférieur en avant de l'angle de la mâchoire où on le scie en travers. Luxation temporaire de la branche ascendante du maxillaire par élévation et abduction pour rendre facilement accessible la paroi latérale du pharynx. Fixation de la langue avec un fil au-dessus du pharynx et ablation du cancer avec le bistouri et les ciseaux, en arrêtant au fur et à mesure les hémorragies. Tamponnement de toute la plaie opératoire avec de la gaze iodoformée dont on fait saillir une extrémité à travers la plaie extérieure au-dessous de la mâchoire, de façon à servir de drain. Replacement du maxillaire inférieur luxé et suture des deux moitiés de l'os avec des fils métalliques. Quand la déglutition spontanée est impossible, durant les huit premiers jours, alimentation avec la sonde œsophagienne.

2° *Ablation du larynx cancéreux.* Femme de 33 ans, ayant subi, il y a 5 mois, l'extirpation totale du pharynx et parfaitement portante maintenant. Auparavant elle avait déjà subi une trachéotomie et une laryngotomie ayant permis d'inciser le rétrécissement et d'enlever les cordes vocales et les parties sous-jacentes, ulcérées et dégénérées ; mais la récidive de l'épithéliome (pavimenteux) se fit au bout de quelques mois. A la suite de la laryngectomie, la malade fut alimentée à l'aide d'un tube à drainage laissé à demeure dans le nez, tandis que le pharynx et l'origine de la trachée au-dessus de la canule étaient tamponnés avec de la gaze iodoformée. Actuellement la malade porte une canule trachéale simple, mange et boit parfaitement. Elle a renoncé à un larynx artificiel qui s'obstruait facilement par des mucosités.

3° *Ablation du sarcome du poumon.* La femme dont l'observation a été relatée (*R. S. M.*, XXV, 296 et XXX, 262), a subi, le 16 mars 1887, une troisième opération pour récidive locale de son sarcome. La tumeur grosse comme le poing a été de nouveau enlevée avec une partie de la paroi thoracique et du poumon qu'elle avait envahis. C'est le seul exemple jusqu'ici d'une résection pulmonaire pratiquée successivement à deux reprises sans succès. J. B.

Zur Frage der Blutung nach der Tonsillotomie (Des hémorragies consécutives à l'amygdalotomie), par ZUCKERKANDL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 309, 1887).

Il est impossible, dans une amygdalotomie régulière, d'atteindre, quoi qu'on en ait dit, la carotide interne. Ce vaisseau est séparé de l'amygdale par les muscles stylo-glosse et stylo-pharyngien et en outre par la paroi pharyngienne : c'est plus haut seulement qu'il s'applique à cette paroi. Pour blesser la carotide interne, il faudrait que le chirurgien fît usage d'un bistouri pointu et que l'instrument pénétrât profondément d'avant en arrière jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale sur laquelle l'artère repose.

Quelle est donc la source des hémorragies abondantes dues à l'amygdalotomie ?

Le sang artériel n'est versé dans l'amygdale que par des rameaux de la carotide externe. L'artère tonsillaire a une origine variable : tantôt elle naît de la maxillaire externe, rarement de la pharyngienne ascendante, plus souvent de la palatine ascendante ; parfois elle vient directement de la carotide externe. C'est qu'en effet la carotide externe décrit, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, une courbe dont la convexité est tournée en dedans et qu'on découvre, en disséquant la fosse rétro-tonsillaire, entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien.

Dans le cas où la tonsillaire a cette dernière origine, sa blessure au voisinage du gros vaisseau donne un flot de sang très abondant.

Il peut arriver qu'on trouve simultanément deux artères tonsillaires ; l'une venant de la carotide externe, l'autre de la palatine ascendante : on risque alors de blesser deux artères au lieu d'une seule.

En tout cas, il résulte de ces considérations que, si l'hémorragie résiste à la compression, la seule artère dont on puisse songer à pratiquer la ligature externe est la carotide.

L'auteur insiste sur les dangers qui résultent d'une disposition anatomique spéciale. Quand l'artère tonsillaire, au lieu de pénétrer directement

la capsule fibreuse de l'amygdale, s'applique à la paroi externe de l'organe et n'y pénètre qu'après avoir décrit des sinuosités à la surface, elle reste comprise dans un tissu fibreux qui la mantient béante en cas de blessure ; le tronc n'a pas alors de tendance à se contracter, et donne du sang en grande quantité. Il y aurait moins d'inconvénient à l'atteindre plus près de son origine qu'à le diviser en ce point précis, au niveau de l'enveloppe fibreuse. Dès qu'il a franchi l'enveloppe, il se divise en fins rameaux dont l'ouverture ne cause jamais d'accident. L. GALLIARD.

I.— De la céphalée postérieure : ses relations avec les maladies du pharynx, par VERGELY (*Journ. de méd. de Bordeaux, septembre et octobre* 1887).

II. — Contribution à l'étude de la maladie de Legal, par MASUCCI (*Giorn. int. delle sc. med.* 1887).

I. — Vergely publie une vingtaine d'observations, dans lesquelles il montre que l'inflammation de la muqueuse pharyngo-buccale et naso-pharyngée s'accompagne d'une douleur qui occupe la région de la nuque, l'émergence des nerfs occipitaux, la partie postérieure de l'occipital tout entière ou particulièrement la bosse occipitale, la ligne courbe occipitale supérieure avec prolongement vers le sommet de la tête, la région frontale et la région temporale et enfin la partie postérieure de l'apophyse mastoïde. Cette douleur varie dans son caractère et son intensité à tel point que, bien localisée et peu forte chez les uns, elle s'irradie et devient exacerbante chez d'autres, ou bien présente tous les intermédiaires entre ces deux états opposés.

En présence de ces points douloureux, on ne doit pas omettre l'examen du pharynx, et si les douleurs ont envahi le tragus, la conque, la portion écailleuse du temporal, on devra songer à une lésion de la trompe d'Eustache, de l'oreille moyenne et du tympan. La douleur orbito-sourcilière indiquera l'envahissement des sinus frontaux et splénoïdaux ; elle s'associera, d'ailleurs à d'autres, symptômes qui ne permettront pas de douter. Dans certains cas, il y a des irradiations exceptionnelles vers le cou, par exemple, ou vers les apophyses cervicales, ou vers la langue, comme dans un cas de Cartaz. Vergely a recherché la pathogénie de ces douleurs névralgiques ; sans se prononcer d'une façon catégorique, il estime qu'elles sont probablement d'origine réflexe. Pour les faire disparaître, il suffit, dans beaucoup de cas, d'un traitement local consistant en fumigations et badigeonnages du pharynx nasal et du pharynx buccal. Chez les sujets hystériques et alcooliques, on ajoutera un traitement général, approprié à la constitution diathésique. OZENNE.

II. — Masucci publie 3 cas confirmant les recherches de Legal ; il ne donne aucune explication de ces accidents, mais dit s'être bien trouvé de l'emploi des douches d'air nasales. A. C.

Einiges über adenoïde Vegetationen und ihre Operation mit der Hartmann'schen Cürette, par KILLIAN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 25, *p.* 542, 1887).

Il est d'usage, à la policlinique d'otiatrie d'Hartmann, à Fribourg, d'examiner l'arrière-cavité des fosses nasales de tous les malades. Aussi a-t-on pu noter, sur 712 sujets, 135 cas de végétations adénoïdes, c'est-à-dire une proportion de 20 0/0. Tous les âges ne fournissent pas une

égale proportion. Jusqu'à cinq ans, on trouve sur 100 enfants atteints d'affections de l'oreille 29 cas de végétations; de 6 à 10 ans, 56 cas, de 11 à 15 ans, 30 cas. Plus tard, la proportion s'abaisse à 12 0/0 (de 16 à 30 ans).

L'auteur a vu souvent en outre l'hypertrophie des amygdales et le gonflement des follicules solitaires du pharynx.

Il conseille d'extirper les végétations, même si elles n'ont acquis qu'un faible développement. Il se sert exclusivement de la curette d'Hartmann.

L. GALLIARD.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses, par G. COUPARD (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 7 *juillet* 1887).

Coupard admet que chez un grand nombre de sujets, surtout les enfants, une simple laryngite catarrhale peut prendre le caractère spasmodique quand il y a des végétations adénoïdes du pharynx, par suite de l'obstruction partielle de cette cavité. Beaucoup de cas, indiqués comme laryngites striduleuses, ne sont que des accès de suffocations spasmodiques dus aux végétations adénoïdes. A. CARTAZ.

Des fibromes naso-pharyngiens chez la femme, par PLUYETTE (*Revue de chirurgie*, *n°* 3, *p.* 202, 10 *mars* 1887).

L'auteur a réuni vingt-deux observations de polypes naso-pharyngiens chez la femme. Il en conserve *neuf* qui se rapportent sûrement à des tumeurs fibreuses. Les fibromes naso-pharyngiens sont donc rares chez la femme, mais non point exceptionnels; a fortiori, ils ne sont pas exclusifs au sexe masculin.

Tandis que, chez l'homme, ils ne se développent que pendant l'adolescence, chez la femme on les rencontre à tout âge, mais peut-être plus fréquemment dans l'âge adulte : six fois sur neuf après vingt ans.

L'affection a persisté pendant un temps assez long en général : cinq ans, douze ans, quatorze ans et même vingt-huit ans (Verneuil).

L'auteur, abordant ensuite la question de physiologie pathologique, émet cette hypothèse que la congestion entretenue dans l'appareil utéro-ovarien peut jouer le rôle d'une révulsion continuelle qui détourne la production fibreuse de l'apophyse basilaire pour la reporter dans les parois utérines; d'où il résulte que le fibrome utérin chez la femme est l'analogue du fibrome naso-pharygien chez l'homme. C. WALTHER.

Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë, par E.-J. MOURE (*Rev. de laryngol.*, 1er *octobre* 1887).

1° Dans la laryngite catarrhale aiguë habituelle, les modifications prononcées de la voix résultent plus souvent de troubles musculaires que de lésions matérielles de la muqueuse vocale;

2° Les muscles le plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et l'ary-aryténoïdien;

3° C'est surtout la parésie ou la paralysie de l'aryténoïdien transverse qui explique la raucité de la voix et de la toux et l'aphonie dans le cours de cette affection. A. CARTAZ.

Ueber Beschaeftigungsneurosen des Stimmorganes (Des névroses professionnelles de l'organe de la phonation), par B. FRÆNKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 102, 7 *février* 1887).

Comme dans la crampe des écrivains, on peut établir trois formes de névroses professionnelles de l'organe vocal :

1° La forme *spasmodique* ou spasme de la glotte vocale, qui consiste en un trouble de coordination du larynx avec fermeture convulsive de la glotte, chaque fois qu'on essaye de parler;

2° La forme *tremblante* qui se traduit par une trémulation involontaire et invincible de la voix ;

3° La forme *paralytique*, non décrite jusqu'ici et dont Frænkel a observé six exemples. Voici comment cette névrose se révèle. Après avoir, selon leur profession, chanté ou parlé un certain temps, les malades éprouvent une fatigue douloureuse qui les empêche absolument de continuer leur chant ou leur prédication, sans les gêner en rien dans la parole ordinaire. L'examen laryngoscopique est négatif. La santé était parfaite, sans hystérie ni nervosisme.

L'électrothérapie n'a pas donné à Frænkel de résultats durables. Chez sa dernière malade, il obtint en peu de jours une amélioration par des massages pratiqués au niveau du larynx. J. B.

Ueber ein neues Kapitel der Larynxchirurgie (Prolapsus de la muqueuse des ventricules), par JELENFFY (*Wiener med. Wochenschrift*, *n.* 41, *p.* 1326, 1887).

Il s'agit du prolapsus de la muqueuse du ventricule de Morgagni qui se produit quelquefois sous l'influence de traumatismes, le plus souvent à la suite de violentes quintes de toux. Jelenffy n'est pas de l'avis de Major qui pense qu'il y a toujours en même temps une lésion tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse ; dans les trois cas que Jelenffy a observés, il n'y avait aucune altération de cette nature. Il ne fait pas non plus de différence entre le prolapsus et l'éversion de la muqueuse.

Il y a peu de symptômes, un peu d'enrouement, un certain bruit de drapeau ; lorsque la procidence est double, il y a une grande gêne de la respiration. Ce qui caractérise cette affection, c'est son début brusque ; ce qui n'a pas lieu dans le cas de polype.

Jelenffy a employé les incisions multiples pour détruire la tumeur; au bout de 10 jours, il ne restait plus qu'un lambeau de muqueuse qu'il a enlevé avec une pince à polype. BARBE.

Ueber Pachydermia Laryngis, par Rudolf VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 585, 8 *août* 1887).

Virchow sépare, sous le nom de pachydermie du larynx, l'inflammation chronique qui siège sur les parties revêtues d'épithélium pavimenteux. (*R. S. M.*, XXII, 732.)

Il en distingue deux formes. La pachydermie diffuse ou plane qui occupe la région postérieure et la pachydermie verruqueuse qui donne lieu à des productions épithéliales appelées à tort polypes, papillomes, etc. Comme les callosités cutanées, ces verrues laryngées peuvent se fissurer, se gercer, devenir saignantes et simuler ainsi un début d'ulcération cancroïdale.

Mais, sous ces deux formes, diffuse ou localisée, la pachydermie laryngée est une affection bénigne, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne puisse récidiver. J. B.

Discussion de la Société des médecins de la Charité sur les périchondrites laryngées (*Berlin. klin. Woch.*, nº 24, *p.* 439, 13 *juin* 1887).

B. Frænkel présente des pièces de périchondrite syphilitique du larynx. Il s'agit d'un homme de 38 ans qui avait un cornage intense avec bruit de clapet. Sur l'épiglotte rudimentaire se voyait une tumeur attirée en bas à chaque inspiration. L'ablation de cette tumeur procura peu de soulagement au malade. Les cordes vocales étaient en permanence juxtaposées. Mort peu de jours après la trachéotomie. Le voile palatin était complètement soudé à la paroi laryngée postérieure. Tous les cartilages du larynx étaient nécrosés ainsi que l'os hyoïde. Dégénération graisseuse considérable des crico-aryténoïdiens postérieurs. Frænkel émet l'idée que la juxtaposition des cordes vocales n'était pas due à la paralysie de ces muscles, mais à ce qu'ils avaient perdu leurs points d'attache par suite de la nécrose du cartilage cricoïde dont il ne subsistait que des vestiges dans une enveloppe conjonctive.

Gerhardt, comme Frænkel, insiste sur la difficulté de diagnostiquer une périchondrite, tant que la collection purulente ne s'est pas rompue. Voici, selon lui, les signes qui permettent de faire un diagnostic au moins probable. Quand, dans une des maladies où cette complication laryngée peut se produire (syphilis, fièvre typhoïde, etc.), on constate en même temps de la fièvre, une dyspnée disproportionnée au degré de rétrécissement du larynx, une immobilité des cordes vocales qui n'est pas à proprement parler une paralysie, enfin, à l'un des côtés du larynx, un gonflement considérable, une saillie énorme des fausses cordes vocales avec rougeur intense des parties, on est en droit d'admettre l'existence d'une périchondrite laryngée.

Gerhardt a eu l'occasion d'observer une fois dans un cancer du rachis, et une autre fois dans une carie des vertèbres cervicales, une périchondrite cachectique dont les rapports avec la syphilis ne sont pas sûrement établis.

B. Frænkel déclare que la périchondrite laryngée qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde a une autre localisation que celle rencontrée plus communément durant la convalescence de cette maladie. La première forme succède à de petites ulcérations siégeant généralement sur les cartilages aryténoïdes, tandis que la périchondrite des convalescents occupe en général la face postérieure du cartilage cricoïde.

Krause a noté que l'évolution des périchondrites laryngées syphilitiques est moins traînante que celles de la tuberculose, où, d'ailleurs, les décollements du périchondre sont en général bien moins étendus. Chez un homme de 36 ans, très robuste, on fut obligé de pratiquer la trachéotomie pour une périchondrite syphilitique du côté gauche. L'opération ayant montré que la totalité de ce côté du larynx était nécrosée, on enleva le larynx, mais, néanmoins, le malade succomba. J. B.

Paralysis of the lateral adductor muscle of the larynx, par DONALSON (*New York med. Journal*, *p.* 180, 12 *février* 1887).

L'auteur rapporte, comme cas unique, la paralysie d'un des thyro-aryténoïdiens latéraux.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, robuste, atteint il y a 8 mois d'aphonie subite. Depuis le début de la maladie, il a souffert d'une douleur vive à l'oreille gauche.

Au laryngoscope, la corde vocale gauche, immobile en toute circonstance, est en état d'extrême abduction. La corde droite se meut normalement. Pas de lésions des cartilages aryténoïdes ni de leurs articulations. Pas d'antécédents pathologiques. L. GALLIARD.

I. — Trachéocèle traumatique, par GIRAUD (*Revue de chirurgie*, *n°* 1, *p.* 54, 10 *janvier* 1887).

II. — Fall von Tracheocele, par P. HEYMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 803, 15 *novembre* 1886).

I. — Giraud rapporte l'observation d'une femme qui portait une plaie du cou par instrument tranchant. Cette plaie, siégeant à gauche, commençait en arrière à deux centimètres de la ligne médiane et arrivait en avant presque jusqu'à la ligne médiane. Section des sterno-mastoïdiens, des scalènes et de la jugulaire externe.

On place un point de suture profonde au milieu de la plaie en prenant les muscles et deux points superficiels. Guérison rapide en dix jours. A cette époque apparaît une tumeur molle, extensible et réductible, non sonore cependant. Cette tumeur, au bout d'une quinzaine de jours, diminue de volume et est notablement petite quand la malade quitte l'hôpital, près de deux mois après l'accident.

Pour expliquer la formation de cette trachéocèle, Giraud admet qu'il y a eu non pas seulement division de la couche fibreuse de la trachée avec hernie de la muqueuse, mais plaie complète de la paroi trachéale, cicatrisation, rupture ultérieure de la cicatrice sous l'influence des efforts de toux et épanchement d'air dans le tissu cellulaire lâche péri-trachéal. Il ne signale cependant aucun signe de plaie de la trachée au moment de la blessure et, à aucune période de l'affection, l'existence d'emphysème du tissu cellulaire. C. WALTHER.

II. — Enfant de 4 ans, chez lequel, depuis quelques semaines, la mère a remarqué qu'il se produisait de la toux et un gonflement du cou à chaque essai de parler. Au moment de l'expiration, sur les deux côtés du larynx, se forme un soulèvement, une sorte de bourrelet qu'on délimite facilement aussi à la percussion. Cette tumeur a la sonorité creuse et tympanique d'un corps faiblement distendu par de l'air. L'enfant n'éprouve aucune gène et son enrouement tient à une laryngite chronique.

Dans les 15 observations connues de trachéocèle, l'orifice de communication siégeait en général à la partie postérieure ; il est impossible d'en préciser le siège pour le cas actuel, mais cet orifice n'est certainement pas considérable, car la réplétion de la cavité par l'air n'est pas très rapide. (*R. S. M.*, XXIX, 294). J. B.

Kystes du larynx, par GAREL (*Ann. des mal. de l'oreille*, *juin* 1887).

Relation de 14 nouveaux cas de kystes ; l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait, dans plusieurs cas, de kystes épidermiques ; pour les autres, c'étaient des kystes séreux ou par extravasation sanguine. Tous, moins un, siégeaient sur les cordes vocales et de préférence à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Ces kystes sont, en majorité, d'origine glandulaire, et Garel reconnaît au catarrhe laryngé une cause prépondérante dans leur production. A. C.

Description of a modified laryngectomy, par SOLIS COHEN (*N. York med. Journ.. p.* 682, 18 *juin* 1887).

Dans l'extirpation du larynx, l'auteur propose de laisser en place une partie du cartilage thyroïde, lequel ne présente généralement aucune lésion.

Voici le procédé opératoire : incision sur la ligne médiane allant de l'os hyoïde au cartilage cricoïde ; dissection des muscles sterno-hyoïdiens ; section verticale du cartilage thyroïde à un quart de pouce de la ligne médiane, de chaque côté, de façon à laisser en place la portion médiane du cartilage, celle qui assure les fonctions respiratoires. On détache alors le cricoïde de la trachée, puis du thyroïde et de l'œsophage ; on divise la membrane thyroïdienne, dont la plus grande partie est conservée.

Les avantages de la méthode sont : sa rapidité, l'étroitesse de la plaie, la conservation des muscles qui s'insèrent au thyroïde, le maintien des fonctions de déglutition, l'appui fourni aux pièces artificielles.

L. GALLIARD.

. — **Ueber die Resultate der Kehlkopfextirpationen (Extirpation du larynx) par E. COHN** (*Deutsche med. Woch., n°* 22, *p.* 470, 1887).

II. — **Considerazioni sopra un nuovo caso di estirpazione totale della laringe par NOVARO et CHIARELLA** (*Arch. ital. di laringol., octobre* 1887).

I. — Cohn fait connaître les résultats obtenus par Hahn et déjà publiés en partie (*R. S. M.*, XXVIII, p. 310). Le fait le plus remarquable est celui d'un sujet de 75 ans opéré en 1880 d'un carcinome du larynx (extirpation totale) et qui actuellement est bien portant sans récidive.

Voici 4 nouveaux cas de cancer du larynx opérés par Hahn :

1° Homme de 60 ans, extirpation totale, mort le 14e jour par pneumonie et érysipèle ;

2° Homme de 51 ans, extirpation totale, récidive au bout de six mois;

3° Homme de 37 ans, raclage du larynx et cautérisation au thermocautère Paquelin, récidive au bout de 3 mois ;

4° Homme de 52 ans opéré en mai 1886, extirpation totale, pas de récidive jusqu'ici (juin 1887). L. GALLIARD.

II. — Relation de 3 cas d'extirpation du larynx pratiquée par Novaro, ce qui porte à 7 le nombre de laryngotomies qu'il a faites.

1° Homme de 41 ans. Tumeur du larynx amenant l'asphyxie. Trachéotomie. Laryngotomie ultérieure pour déterminer la nature du mal (épithélioma) et remédier à des accidents d'obstruction de la canule. Extirpation du larynx, après anesthésie chloroformique On trouve une propagation de la tumeur du côté du pharynx avec adhérence à l'os hyoïde. Ablation de cet os et d'une partie du pharynx. Réparation ultérieure de la brèche par une autoplastie. Deux mois après, l'opéré quittait l'hôpital dans des conditions satisfaisantes, sans trouble de la respiration et de la déglutition.

2° Homme de 52 ans. Trachéotomie d'urgence, le 19 avril, pour asphyxie par épithélioma du larynx ; le 26 juillet, extirpation totale. Le malade quitte l'hôpital guéri, le 7 septembre. Le 12 décembre, pas traces de récidive, bon état.

3° Homme de 72 ans. Épithélioma du pharynx étendu au larynx. Extirpation de la partie inférieure du pharynx et du larynx. Au 17e jour (date de la publication de l'obs.), l'opéré était en bon état. A. CARTAZ.

Ueber Schalleitung durch den Knochen... (De la conduction du son par les os et de la valeur de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections nerveuses de l'appareil auditif), par Thomas BARR (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde, p.* 278, 1887).

L'auteur conclut des faits nombreux rapportés dans son travail que, la prédominance de la transmission du son par les os une fois établie, soit par l'expérience de Rinne, sait par celle de Weber, il ne faut pas y voir nécessairement et invariablement la preuve qu'il existe une maladie de l'appareil de transmission, et réciproquement que l'abaissement du pouvoir conducteur par les os ne permet pas d'établir qu'on ait seulement affaire à une affection de l'appareil d'innervation, en raison de la coïncidence fréquente de lésions des différentes parties de l'appareil auditif. LUC.

I. — Die graphische Darstellung... (Représentation graphique des résultats de la mesure du pouvoir auditif, au moyen du diapason), par HARTMANN (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde, p.* 67, 1887).

II. — Ueber die Abhängigkeit der Hörschärfe... (Du rapport entre l'acuité auditive et la durée de la perception), par JACOBSON (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 39, 1887).

I. — Cette méthode est basée sur l'appréciation du pouvoir auditif d'après le temps durant lequel les vibrations d'un diapason sont perçues, l'instrument étant placé tout près de l'entrée du conduit auditif ou appliqué sur l'apophyse mastoïde. Chaque tableau donne donc la mesure de l'audition exprimée en secondes et indique comparativement les différences fournies : 1° par les deux oreilles; 2° par la transmission par l'air ou par les os ; 3° par des diapasons de tonalités diverses.

II. — Cet article tend à combattre, sur le terrain de la physique, la méthode récemment proposée par Hartmann pour assurer l'acuité auditive et la représenter graphiquement. Le point de départ de cette méthode consiste à établir une proportion simple entre l'acuité auditive et le temps pendant lequel l'oreille perçoit les vibrations décroissantes d'un diapason frappé avec la main, comparaison étant faite avec une oreille saine. Jacobson objecte que l'amplitude des vibrations d'un diapason décroît théoriquement, non suivant une proportion, arithmétique mais suivant une progression géométrique et même, dans la pratique, d'après Hersen, d'une façon tout à fait irrégulière. Il s'élève en outre contre le fait de frapper le diapason, à la force du bras, ce qui expose à des variations et partant à des erreurs qui seraient évitées au moyen d'un mécanisme de percussion donnant toujours le même choc. LUC.

Orthophonische Behandlung der Taubstummheit (Anatomie pathologique et traitement de la surdi-mutité), par GIAMPIETRO (*Berlin. klin. Woch., n°* 46, *p.* 802, 15 *novembre* 1886).

Voici les résultats de 109 autopsies de sourds-muets. Dans 30 cas de surdi-mutité congénitale, il se trouvait des anomalies de la fenêtre labyrinthique, des arrêts de développement dans le labyrinthe ou sur le trajet des nerfs acoustiques, des atrophies de la 3e circonvolution fron-

tale gauche, qui 9 fois s'étendaient aussi à la circonvolution correspondante du côté opposé.

Dans 50 cas de surdi-mutité acquise, accompagnée de surdité et de perte absolue du langage articulé (aphasie), il existait des adhérences rigides et des ankyloses dans la chaîne des osselets, des atrophies du nerf auditif dans le labyrinthe, des exostoses dans la caisse du tympan, avec destruction de l'organe de Corti, et oblitération du vestibule.

Dans 20 autres cas de surdi-mutité acquise, Giampietro a trouvé des catarrhes chroniques non purulents, avec oblitération secondaire de la caisse tympanique par du tissu conjonctif de nouvelle formation et une soudure des osselets aux parois de la cavité.

Enfin, dans 9 cas de surdi-mutité congénitale héréditaire, il a constaté un arrêt de développement de la 3e circonvolution frontale des deux côtés et une oblitération de la caisse tympanique.

La perte du langage articulé est irréparable chez les malades ayant une lésion des deux 3es circonvolutions frontales. Quand la circonvolution frontale droite n'offre ni altération morbide, ni vice de conformation, il est possible parfois que les malades récupèrent la parole. L'aphasie typique est toujours combinée avec de l'aphémie, tandis que celle-ci peut exister sans qu'il y ait perte absolue du langage articulé. L'aphémie peut dépendre de troubles passagers atteignant les voies qui font communiquer les centres auditifs avec les centres moteurs de la parole. Les sourds-muets de cette catégorie conservent, à l'état latent, la faculté du langage articulé qu'on peut réveiller chez eux au moyen de l'emploi méthodique d'excitations phoniques et d'agents thérapeutiques. Ces principes constituent la base du traitement orthophonique que Giampietro a imaginé pour les sourds-muets. Ce même traitement lui a donné de bons résultats dans l'aphémie par lésion unilatérale, avec ou sans affection de l'ouïe, ainsi que dans l'aphémie apoplectique.

La récupération de la parole est impossible quand l'aphasie se complique d'aphémie. C'est alors à la méthode d'enseignement par les gestes qu'on doit avoir recours. La méthode inductive allemande ou labiale convient chez les sourds-muets ayant un trouble unilatéral des fonctions cérébrales. Enfin la méthode orthophonique ou médicale s'applique à ceux qui ont des affections soit périphériques, soit centrales, mais unilatérales. J. B.

Beobachtungen über den Mechanismus des Paukenfells (Considérations sur le mécanisme de la membrane du tympan), par A. FICK (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 167, 1887).

Considérant que le tissu de la membrane du tympan est décomposable en éléments de longueurs différentes allant du manche du marteau, qui représente un rayon rigide de cette membrane, à sa circonférence périphérique, et dont les vibrations représentent des tonalités différentes, l'auteur cherche à expliquer, par cette disposition, l'aptitude de cet organe à vibrer d'une façon égale, sous l'influence des différents sons, et à les transmettre à l'appareil de perception, sans renforcer les uns plus que les autres. Cette opinion est corroborée par des expériences faites au moyen d'une membrane tympanique artificielle, présentant un rayon rigide dans son épaisseur. LUC.

Labyrinthnekrose und Paralyse des Nervus facialis, par Friedrich BEZOLD (*Wiesbaden*, 1886).

La nécrose labyrinthique est presque le double plus fréquente dans le sexe masculin. Les enfants au-dessous de 10 ans y paraissent spécialement prédisposés. Les fièvres éruptives, la scarlatine en tête, en sont la cause la plus habituelle. La durée de la suppuration qui précède l'élimination du séquestre est rarement moindre de 1 an; généralement elle dépasse 4 ans; parfois même elle s'étend au delà de 20 ans. Les symptômes les plus constants sont l'écoulement fétide, les douleurs et la formation de polypes. La fièvre n'est signalée que dans un chiffre relativement peu considérable de cas et paraît surtout due à la propagation du processus aux méninges, aux sinus, etc. Les troubles de l'équilibre ne sont mentionnés que 12 fois; dans la plupart des cas, l'observation est muette à cet égard; 7 fois seulement, il est spécialement dit qu'il n'y eut jamais de phénomènes vertigineux. Toutefois, Bezold les considère comme un des symptômes initiaux, mais non constants de l'affection. Exceptionnellement, les troubles de l'équilibre se manifestent après l'élimination du séquestre. Les bruits auriculaires subjectifs n'ont été constatés que chez 2 malades, et cela avant l'élimination du séquestre.

Bezold n'attache que peu d'importance aux résultats de l'exploration de l'ouïe, qui, 5 fois sur 46, aurait montré la persistance des facultés auditives, malgré l'absence du limaçon; 83 fois sur 100 on observe des phénomènes morbides du côté du nerf facial.

Les troubles du côté de la corde du tympan ne sont mentionnés que dans quelques cas; aussi Bezold croit-il à la régénération possible de ce nerf, ainsi que du facial.

En défalquant deux phtisiques, la mortalité n'est que de 15,2 0/0. Quant au traitement, il se confond avec celui des nécroses du temporal.

J. B.

Excision of ossicles of the drum (Excision des osselets de la caisse du tympan), par Samuel SEXTON (*Journal of Americ. Assoc.*, *p.* 213, 13 *août* 1887).

Sexton a pratiqué cette opération 19 fois : sur 13 femmes et 6 hommes; 7 sujets avaient de 5 à 12 ans, 8 avaient de 13 à 20 ans, et 4 étaient entre 20 et 40 ans. Dans 2 cas, les 2 oreilles étaient atteintes ; dans tous les cas, il y avait catarrhe ancien, douleur dans l'oreille, surdité, troubles auditifs, la membrane du tympan presque entièrement disparue ; parfois les parois de la caisse étaient cariées, et dans quelques cas les osselets étaient cariés ou ankylosés.

Sur les 19 cas, 10 fois furent enlevés en même temps, le marteau et l'enclume ; 6 fois le marteau fut enlevé seul, et 1 fois l'enclume seule. Jamais l'étrier ne fut touché. Après un traitement de 1 à 3 mois, 9 malades marchaient vers une guérison complète, 6 étaient très améliorés, 3 étaient stationnaires. Dans presque tous les cas, l'audition fut améliorée, et dans les cas notés comme guéris l'ouïe avait gagné 75 ou 100 0/0.

MAUBRAC.

Vertige de Ménière, par GELLÉ (*Ann. des mal. de l'oreille*, *septembre* 1887).

Relation détaillée de trois autopsies de malades qui avaient présenté

pendant de longues années le symptôme du vertige de Ménière et chez lesquelles on n'a trouvé que des lésions de l'oreille moyenne et externe, (dans un cas, bouchon de cérumen) sclérose de la caisse, soudure ou immobilisation des osselets... sans aucune altération des nerfs auditifs.

Le vertige ne se rattache donc pas toujours, comme on l'a dit, à des lésions labyrinthiques ; il peut exister avec des lésions de l'oreille moyenne, lésions qui ont ce caractère commun d'amener l'occlusion du labyrinthe, soit par soudure ou immobilisation de l'étrier dans la fenêtre ovale, soit par oblitération de la fenêtre ronde. Á. CARTAZ.

100 Fälle von operativer Eröffnung des Warzenfortzatzes (100 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde), par A. LUCAE et L. JACOBSON (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 625, 20 *septembre* 1886).

Dans les cinq dernières années, il a été fait, à la clinique otiatrique de l'Université de Berlin, 100 trépanations mastoïdiennes. Chez 2 malades seulement, l'opération fut pratiquée des deux côtés ; 57 ont été guéris, 31 non guéris ou incomplètement guéris, et 12 sont morts.

Les guérisons, qui ne comprennent que les cas où l'on a constaté une disparition durable de la suppuration, se décomposent en 27 cas d'otite moyenne aiguë, et 30 d'otite moyenne chronique ; 12 fois l'opération a été faite pour une inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde sans abcès cutané ; 24 fois pour des abcès sous-cutanés ou sous-périostiques ; 27 fois pour des fistules osseuses ; 9 fois pour des fistules à la fois osseuses et cutanées ; enfin, 12 fois chez des malades où l'apophyse mastoïde était intacte (10 fois pour rétention du pus, et 2 fois pour cholestéatomes de la caisse). Chez 10 individus, dont 8 avec apophyse mastoïde intacte, il y avait indication vitale d'opérer.

En décomposant ces cas guéris, suivant les indications posées par Schwartze, on arrive aux résultats suivants : 17 fois il s'agissait d'une inflammation aiguë de l'apophyse avec rétention du pus dans ses cellules, contre laquelle les traitements antiphlogistiques (y compris l'incision de Wilde) s'étaient montrés impuissants. Chez 13 de ces opérés, on constata l'existence d'une cavité cariée à l'intérieur de l'apophyse, et chez 10 une perforation fistuleuse de la substance corticale. Pour 6 d'entre eux, on ne put pas obtenir une communication du canal de la plaie opératoire avec la caisse tympanique.

32 cas rentrent dans la deuxième indication de Schwartze : ici le pus avait déjà perforé les parois de l'apophyse, donnant lieu à des abcès sous-cutanés ou même à des fistules. L'opération avait tantôt pour but d'activer la guérison, soit en enlevant les parties d'os cariées ou nécrosées, soit en agrandissant l'ouverture fistuleuse, tantôt de prévenir des complications mortelles, telles qu'abcès du cerveau, méningite, phlébite des sinus, infection purulente.

Chez un seul de ces malades, l'opération était d'indication vitale. La communication avec la cavité tympanique n'a pu être établie que chez 21 de ces opérés.

8 cas rentrent dans la troisième indication (apophyse mastoïde intacte); pour 3 d'entre eux, on dut renoncer à établir la communication avec la caisse du tympan.

Sur 39 des 57 opérés guéris, on a pu constater la cicatrisation des perforations du tympan, et 38 ont récupéré l'intégralité de leur ouïe.

Parmi les 31 malades non guéris, on ne compte que 2 otites moyennes aiguës. 2 avaient une inflammation aiguë de l'apophyse, sans abcès cutané ; 11 des abcès sous-cutanés ou sous-périostiques ; 10 des fistules osseuses ; 13 des fistules à la fois osseuses et cutanées. 5 des opérations ont été pratiquées sur des apophyses mastoïdes extérieurement saines.

Les 12 morts ont été causées 3 fois par une thrombose des sinus avec abcès cérébral ; 1 fois par thrombose des sinus avec infection purulente ; 2 fois par méningite tuberculeuse (dont 1 avec thrombose des sinus et infection purulente) ; 4 fois par méningite suppurée simple ou compliquée de thrombose des sinus, d'abcès cérébral et d'infection purulente. Enfin, un enfant a succombé en bonne voie de guérison, 5 mois après l'opération, à une fracture du crâne, résultat d'une chute qui se compliqua de méningite purulente. La douzième autopsie n'a pu être faite.

Pour ouvrir l'apophyse mastoïde, Lucae et Jacobson ne se servent que du ciseau, du marteau et de la curette tranchante. Dans le cours de l'opération, ils ont mis à nu 8 fois le sinus transverse et 1 fois la dure-mère, sans dommage aucun pour le malade. Comme hémostatique, ils emploient les compresses de gaze au sublimé de von Bergmann. (*R. S. M.*, XXVI, 322 et 323 ; XXVII, 755 et 758 ; XXIX, 300). J. B.

Fistelöffnungen am oberen Pole... (Des trajets fistuleux de la région supérieure du tympan siégeant au-dessus de la courte apophyse du marteau et particulièrement de leur pathogenèse et de leur traitement), par F. KRETSCHMANN (*Archiv für Ohrenheilkunde, Band XXV, Heft* 3 *et* 4, *p.* 165).

Ce travail est consacré à l'étude des suppurations de la région supérieure de la cavité tympanique limitée par l'écaille du temporal, le marteau et l'enclume, et communiquant ou non avec la portion inférieure de la caisse. Après une description minutieuse de cette région anatomique, l'auteur passe en revue les conditions étiologiques dans lesquelles elle devient le siège d'un processus suppuratif. Il insiste sur la ténacité propre à cette forme clinique, sur ses complications spéciales, sur ses rapports avec la suppuration de la région inférieure de la caisse. A propos du traitement, il vante les bons effets des lavages pratiqués avec la canule de Schwartz et conseille, dans les cas de carie osseuse, l'évidement de l'incisure de Rivini et l'extirpation du marteau et de l'enclume qui a pour conséquence de faire communiquer largement les deux étages de la caisse et de permettre des lavages complets de la partie supérieure. Il propose une nouvelle méthode d'extirpation de l'enclume qui lui est personnelle. LUC.

Zur Lehre der primären Otitis interna... (De l'otite interne primitive et particulièrement de l'otite interne liée à la syphilis héréditaire), par GRADENIGO (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 237, 24 *novembre* 1887).

Cet article forme une importante contribution à l'étude de la syphilis du labyrinthe. Il se compose de deux parties distinctes. Dans la pre-

mière, l'auteur rapporte les résultats de deux autopsies d'otite interne primitive double : l'une due à Politzer, l'autre personnelle, se rapportant à des sourds-muets et dans lesquelles on constata des néoformations ostéo-fibreuses du vestibule et de la base du limaçon. Les méninges étaient intactes et, dans le cas rapporté par l'auteur, la caisse du tympan présentait d'un côté seulement des modifications évidemment secondaires.

Dans la seconde partie de son travail, Gradenigo rapporte plusieurs observations cliniques de surdité liée à la syphilis héréditaire et cherche à prouver par un tableau comparatif entre les deux parties de son article que les autopsies sus-mentionnées se rapportaient à des faits de syphilis héréditaire.

D'après Gradenigo, l'existence d'une otite interne primitive double en dehors de la syphilis ne serait pas établie. On trouve en somme, dans ce travail, une excellente description anatomique et clinique de la syphilis du labyrinthe. L'auteur insiste particulièrement sur la nature proliférative des lésions, sur la brusquerie du début, sur la coïncidence fréquente des malformations dentaires et de la kératite interstitielle d'Hutchinson, sur l'inefficacité habituelle du traitement. LUC.

Ueber Cystenbildung in der Ohrmuschel (Des kystes du pavillon auriculaire), par HARTMANN et Discussion (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 957, 12 *décembre* 1887).

Une partie des tumeurs du pavillon auriculaire, désignées sous le nom d'hématomes, portent à tort cette dénomination, car il n'y a pas eu à leur intérieur d'épanchement sanguin. Ce sont de véritables kystes qui se développent chez des personnes saines, d'âge moyen, sans influences traumatiques et sans phénomènes inflammatoires.

Dans la discussion, Jacoby mentionne deux kystes du pavillon précédés vraisemblablement d'une périchondrite.

Koll rapporte un cas dans lequel il s'était développé dans la cavité de la conque un kyste, de la grosseur d'une châtaigne, qui fut guéri radicalement par l'excision du cartilage hypertrophié. Bien qu'il n'y eut eu aucun traumatisme, on admit que la tumeur dérivait d'un hématome.

Rohrer et Fischenisch ont tous deux vu des kystes du pavillon apparaître sans traumatisme ni symptômes réactionnels.

Kessel a noté que les kystes naissaient toujours au même endroit, dans la fosse triangulaire. Il est possible qu'ils doivent leur origine à un sac synovial placé sur la convexité du pavillon.

Truckenbrod a fait la remarque que le périchondre se laissait facilement décoller en grattant un othématome, tandis qu'il n'en était pas de même dans l'opération d'un kyste.

Keimer cite un fait dans lequel, à la suite de douleurs sur le trajet du nerf auriculo-temporal, se sont développés un herpès préauriculaire et un kyste de la conque ; ce dernier se trouvait donc causé par des troubles vaso-moteurs. J. B.

Die Excision des Trommelfells sammt Hammer bei Sklerose der Paukenschleimhaut (Excision du tympan avec le marteau dans la sclérose de la membrane tympanique), par ROMAN von BARACZ (*Wien. med. Wochenschrift, p.* 289, *n°* 10, 1887).

Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur expose le cas pour lequel il a été amené à pratiquer cette opération.

C'était chez une femme de 51 ans qui, depuis dix ans, se plaignait de bourdonnements intenses dans les deux oreilles, avec diminution de l'ouïe depuis quatre ans. Depuis six mois, les bourdonnements étaient plus marqués dans l'oreille droite. Insuccès de tout traitement.

L'examen au spéculum montrait un tympan blanchâtre, présentant dans sa partie inférieure une tache foncée qui faisait entendre un bruit crépitant et se gonflait par le procédé de Valsalva. Le marteau paraissait épaissi et immobile par le procédé de Siegle.

Diminution de l'ouïe des deux côtés; le diapason appliqué sur l'apophyse mastoïde de chaque côté était très faiblement perçu.

Diagnostic : sclérose de chaque tympan avec altération du labyrinthe. L'injection d'air par la trompe après la paracentèse de la membrane tympanique n'amena aucune diminution dans les bourdonnements.

Après anesthésie locale par la cocaïne à 10 0/0, incision de la membrane tympanique, longue de 6 millimètres, au niveau du manche du marteau, section du tendon du muscle de cet os; lipothymie et vomissements attribués à la section de la corde du tympan. L'opération ne fut pas continuée et fut reprise le 23 mars. Chloroforme. Section du manche du marteau et extraction de celui-ci avec les débris du tympan. Pansement à l'iodoforme.

Les bourdonnements cessèrent depuis; la malade peut dormir, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. L'ouïe était comme avant l'opération. BARBE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Sanitäts-Bericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870-71 (Morbidité et mortalité des armées allemandes et des prisonniers de guerre français internés en Allemagne), (2e *vol., partie statistique, Berlin* 1886).

L'effectif des troupes qui ont franchi la frontière s'élève, pour la durée totale de la guerre, à 1,113,254 hommes et 31,101 officiers, médecins ou assimilés; l'effectif de l'armée sédentaire à 338,738 hommes et 9,319 officiers ou assimilés. Mais l'effectif moyen de la portion active de l'armée, du 16 juillet 1870 à la fin de juin 1871, n'est que de 815,000 hommes, dont 788, 213 hommes de troupe, 4,062 médecins et le reste en officiers ou assimilés.

A. Blessures. — Le chiffre total des atteintes (blessés ou tués) de la partie active s'élève à 116,821 (143,3 0/00 de l'effectif moyen ou 101, 9 0/00 du total des hommes entrés en campagne), ainsi réparties :

Hommes de troupe.....	111,244	
Officiers	5,571	(y compris 69 médecins)
Assimilés	6	

Le chiffre des officiers blessés est donc deux fois plus fort environ que celui des hommes de troupe (262 0/00 dans un cas, 141 0/00 dans l'autre).

Cette proportion des atteintes par armes de guerre (143 0/00) est à peu près égale à celle des Français en Italie (1859, 150 0/00), supérieure à celle des Prussiens en Danemark (1864, 49 0/00), et en Bohême (1866, 58 0/00), mais très inférieure à celle des Anglais en Crimée (330 0/00), des Français en Crimée (506 0/00), et surtout des Américains pendant la guerre de la Sécession (667 0/00).

La moitié des blessures, 57,000 à peu près, appartiennent au mois d'août 1870 (Spickeren, Vionville-Mars-la-Tour); la bataille de Sedan, le 1er septembre 1870, a été la moins meurtrière (38 0/00 seulement).

Les armes les plus éprouvées sont, par ordre de fréquence : l'infanterie (191 0/00 de son effectif), l'artillerie (77 0/00), la cavalerie (51,5 0/00), le génie (20,6 0/00) et les troupes sanitaires (3,3 0/00).

Les contingents sont, dans le même ordre : la Prusse et l'Allemagne du Nord (146 0/00 du contingent); le duché de Bade (136,2); la Bavière, (132,7); la Saxe (130,7); la Hesse (128,8); et le Wurtemberg (89,1).

Les corps les plus éprouvés sont le IIIe corps d'armée, avec 369,8 0/00 de pertes au feu; la 18e division avec 278,2; la 22e division, avec 272, 8; le Ve corps avec 267 et la garde avec 237, 9 0/00. Le IIIe corps a eu 10,000 hommes, hors de combat dans une seule journée (16 août); la garde également (18 août); le Ve corps à Wœrth, 5,000; enfin un seul régiment a pu perdre, à Vionville-Mars-la-Tour, exclusion faite des disparus, 1313 (3e Westphalien, n° 16) 1151 (6e Brandebourgeois, n° 52), 1089 (2e grenadiers silésiens, n° 11); et 1013 hommes (4e Brandebourgeois, n° 24). Deux régiments tiennent la tête comme ensemble des pertes au feu pendant la totalité de la guerre. Ce sont le 44e, avec 1530; et le 52e de ligne, avec 1520 hommes.

Les batailles les plus meurtrières ont été les combats sous Metz, avec 43279 hommes hors de combat; sous Orléans, 14688; en Alsace, 13401; ceux de Beaumont et Sedan, 11943; de Paris, 7710; d'Amiens, 5398; et de Belfort, 4388.

La répartition des blessures, suivant leur nature, est la suivante : plaies d'armes à feu, 981 0/00; plaies d'armes tranchantes, 6 0/00; plaies d'armes piquantes, 13 0/00.

Sur 61146 plaies d'armes à feu, on compte 56062 (916 0/00) coups de fusil, et 5084 (84 0/00) blessures par projectiles d'artillerie; on n'a pas de documents sur les plaies par mitrailleuse.

Les blessures du squelette sont aux coups de feu des parties molles dans le rapport de 232 à 768 0/00 environ; l'arrachement de tout un membre a été noté 51 fois.

Sur les 116821 atteintes, 17255 ont succombé sur le champ de bataille même et 11023 ultérieurement; 88543 ont guéri, soit un total de 28278 décès par blessure de guerre (34,7 0/00 de l'effectif). Cela donne, sur 1000 atteintes, 148 morts immédiates, 94 morts consécutives et 758 guérisons.

1199 officiers (y compris 9 médecins) ont été tués sur le champ de bataille, et 515 (y compris 2 médecins) ont succombé dans les ambulances pour blessures au combat.

Ainsi le chiffre de mortalité consécutive des blessés fixé par Lœffler, 60 à 70 0/00, a été largement dépassé dans la guerre de 1870-71; il avait été déjà de 89, 4 0/00 en 1866. Cependant l'ensemble de la mortalité des blessés a été un peu inférieure en 1870 (242 0/00) à ce qu'il avait été en 1866 (246 0/00). Si donc la gravité consécutive des blessures a augmenté, leur gravité immédiate et leur pronostic général se sont améliorés ; il faut y voir plutôt une conséquence des transformations de l'armement que de l'amélioration du service des secours, comme le veulent les Allemands.

B. Maladies. — Le chapitre des maladies offre un intérêt non moins considérable que celui des blessures ; il est entré en effet dans les ambulances, pendant la durée de la guerre, 475400 malades de l'armée active, soit 603 0/00 de l'effectif moyen et 427 0/00 du total des hommes entrés en campagne ; à ces chiffres il faut ajouter :

Officiers.....	3,505 (y compris 538 médecins;)
Assimilés.....	1,130

Mais, si l'on prend l'armée prussienne seule, dont les statistiques sont les plus complètes, on voit avec étonnement que le chiffre de la morbidité en campagne ne s'y est élevé qu'à 591 0/00 de l'effectif, soit *un cinquième* seulement de plus que la moyenne annuelle des malades en Prusse pendant la période de paix 1867-1872 (495 0/00).

Ce résultat, dans les Allemands se font grand honneur, ne nous paraît cependant pas absolument certain, car, d'une part, les malades traités chez l'habitant ne figurent pas dans leur statistique, et ils ont été très nombreux, principalement devant Paris; d'autre part l'effectif quotidien des indisponibles s'est élevé chez eux à 73 0/00 (au lieu de 28 0/00 en temps de paix), ce qui me semble démontrer que bien des maladies qui eussent dû nécessiter l'entrée à l'ambulance ont été traitées dans le rang et ne figurent point par conséquent dans la statistique. Cette hypothèse est encore appuyée par l'augmentation considérable de la durée moyenne du traitement des malades à l'ambulance, 45 jours au lieu de 20; preuve que les maladies légères ont souvent été exclues de la statistique : on ne saurait en effet attribuer cette augmentation aux blessures qui ne constituent même pas le sixième (156 0/00) de l'ensemble des entrées aux ambulances.

Contrairement au temps de paix, où la morbidité de l'infanterie est plus faible que celle des autres armes, c'est l'infanterie qui a le plus grand nombre de malades (698 0/00), puis le train (695), l'artillerie (558) le génie (548), les détachements sanitaires (448) et la cavalerie (375).

Relativement aux contingents, c'est le contingent bavarois qui est le plus éprouvé (740, 9 malades 0/00) ; puis viennent les Hessois (631, 5), les Prussiens (591, 1), les Badois (570, 8), les Saxons (569, 3) et les Wurtembergeois (458, 6).

L'armée qui a eu la morbidité la plus élevée est celle qui se trouvait devant Metz avec une moyenne mensuelle de 129, 8 malades 0/00 ; celle dont la morbidité a été la plus faible est celle de Paris (63, 7 0/00).

La courbe des maladies de l'armée allemande commence par une ascension à pic et atteint déjà en septembre son acmé (88 0/00), puis, à partir de cette époque, elle décroît régulièrement pour atteindre

en janvier 1871 la moyenne du temps de paix (51 0/00) et tomber en avril au-dessous de cette moyenne.

La mortalité par maladie a été de :

Hommes de troupe.....	14648
Officiers.....	177
Assimilés.....	79

Soit, pour les soldats, une mortalité par maladies de 185, 8 0/00 relativement à l'effectif et 30,1 0/00 relativement au total des malades: d'où on peut conclure qu'il est mort deux fois plus d'hommes par blessures que par maladies et que la mortalité par blessures a été huit fois plus forte que la mortalité par maladies.

Ce sont les *maladies infectieuses* qui ont prédominé pendant la guerre; elles se sont élevées environ au double du temps de paix (155,6 au lieu de 71,1 0/00 dans l'armée prussienne), tandis que les autres maladies demeuraient à peu près stationnaires (424,2 0/00 en temps de paix, 435,5 0/00 en temps de guerre). Parmi elles, il faut citer la *variole* (4835 malades, soit 6,1 0/00 de l'effectif et 10,2 0/00 du total des malades), avec 278 morts, la *fièvre typhoïde* (73396 malades, soit 93, 1 0/00 de l'effectif et 154, 4 0/0 du total des malades) avec 8789 morts, et la *dysenterie* (38652 malades , soit 49 0/00 de l'effectif et 81, 3 0/0 du total des malades) avec 2,380 décès. Il n'y a pas eu de typhus pétéchial.

Les autres maladies sont : la *méningite cérébro-spinale*, 124 malades, 84 décès; le *choléra nostras*, 17 malades, 12 décès; le *paludisme*, 8334 malades, 0 décès ; le *rhumatisme* 46008 malades, 73 décès (dont 2858 cas de rhumatisme articulaire avec 18 décès); enfin les *maladies du système nerveux*, 5013 entrées, 261 morts ; de la *respiration*, 73356 entrées, 1527 morts; de la *digestion*, 67894 entrées, 393 morts et les *blessures accidentelles*, 32545 entrées, 233 morts. — Dans ces chiffres la *pneumonie* entre pour 8,610 cas avec 579 décès et les *congélations graves* pour 1014 cas avec 6 décès.

L'ensemble des réformes pour infirmités contractées pendant la guerre s'est élevé à 62 0/00 du total des armées en campagne (69,895 hommes), dont la majeure partie (59,701 hommes) pour l'armée prussienne.

C. Armée sédentaire. — Sur 300424 hommes (non compris les officiers et assimilés), elle a fourni 177599 entrées aux hôpitaux, soit 591, 2 0/00 de son effectif du mois de juillet 1870 au mois de juin 1871 et 2428 décès, soit 8 0/00 de son effectif et 13, 7 0/00 du total de ses malades. Dans ces chiffres, la variole entre pour 3472 cas et 162 décès; la fièvre typhoïde pour 4307 cas et 766 décès, l'embarras gastrique pour 15006 cas et 26 décès; la dysenterie pour 3223 cas et 107 décès.

D. Prisonniers de guerre. — 374995 prisonniers français ont été internés en Allemagne; ils ont fourni, non compris les blessés, 155831 malades et 12671 décès; ce qui veut dire qu'en l'espace de 10 mois, leur morbidité a été presque égale et leur mortalité triple de la morbidité et de la mortalité des armées allemandes en une année entière. Ce résultat est surtout imputé à leur peu de résistance à la variole. En outre, les ambulances, allemandes ont donné des soins à 35898 blessés et 7302 malades français; sur ces chiffres, il en est mort 4962. Les Français ont donc perdu dans les établissements allemands 17633 hommes, sur 199031 en traitement (88, 6, 0/00).

E. Armée française de l'est. — L'armée française de l'Est, forte d'environ 85,000 hommes, passa en Suisse et laissa, dans les hôpitaux de ce pays, 17,797 malades ; sur ce chiffre il y eut 1,681 décès, parmi lesquels 872 par fièvre typhoïde, 303 par maladies des voies respiratoires (Bourbaki-Husten), et 137 par variole. DE SANTI.

Rapport médical sur l'armée du Danube en 1877-78 (en russe) (*In-4°, St Petersburg* 1886, *t. II, Jahresbericht de Roth*, 1886).

Morbidité et mortalité comparées. — De novembre 1876 à mars 1879, l'armée du Danube a eu, sur un effectif de 592,085 hommes, 923,958 malades (1560, 5 0/00) et 49104 morts par maladies (82,9 0/00), non comprises les pertes au feu, les morts accidentelles et les disparitions. En comprenant ces pertes diverses, le total des décès de l'armée russe s'élève à 67490 (114 0/00 de l'effectif), et celui des pertes nettes à 102799 hommes, soit 173 0/00 de l'effectif, ainsi répartis :

Tués au feu	11905
Disparus	5121
Morts par blessures	4673
— maladies	44431
Morts subites	744
Morts par accident	479
Suicides	137
Réformés	35309
Total	102799

Dans ces chiffres ne sont compris ni les auxiliaires, ni les troupes franches, ni le personnel des services civils réquisitionnés, ni les habitants du pays.

La proportion la plus élevée des malades a été fournie par les troupes de la marine (2428,5 0/00 de l'effectif) ; viennent ensuite l'artillerie (2078), l'infanterie (1622), la cavalerie (1586,9), et le génie (1028,2). Le personnel sanitaire des hôpitaux de campagne et des corps de troupes atteint cependant un chiffre de morbidité plus élevé encore (2870,3 0/00) ; le personnel sanitaire des ambulances divisionnaires atteint 2175,7 0/00, le train, 1600,3 0/00.

La proportion la plus élevée des décès est fournie par le génie (108,6 0/00 de l'effectif) ; viennent ensuite l'infanterie (92,1), l'artillerie (86,7), la cavalerie (52,2), , et la marine (44,9). Mais, dans le personnel des hôpitaux de campagne, la mortalité s'élève à 212,4 et, dans celui des ambulances divisionnaires, à 136,5 (non compris le train dont la mortalité est de 47,8 0/00). Par conséquent la mortalité du personnel des hôpitaux de campagne dépasse de plus d'un dixième (103,8 0/00) la plus forte mortalité des troupes combattantes (génie) ; elle est 5 fois plus élevée que celle de la marine.

Les causes de morbidité sont, par ordre de fréquence : le typhus dont fut atteint un quart environ de l'effectif (22840 0/00), les maladies aiguës du tube digestif (101,54), les inflammations des voies aériennes (79,86), et enfin les blessures de guerre (73,28) ; celles-ci ne représentent que 5 0/0 du total des malades.

Les causes de mortalité sont, par ordre de fréquence encore : le typhus (40,11 0/00 de l'effectif), la dysenterie (16,11) et les blessures de guerre (8,36).

La mortalité a été d'autant plus élevée dans les formations sanitaires que celles-ci étaient moins éloignées du théâtre : ainsi, sur 1,000 décès, les hôpitaux de campagne temporaires en comptent 674,26, les ambulances divisionnaires, 120,39, les hôpitaux permanents, 43,48, et les ambulances locales de Russie, 3,66 seulement.

L'étude des causes générales de la morbidité et de la mortalité de l'armée est divisée en six périodes ; elle présente un intérêt considérable, bien que la plupart des conditions signalées nous fussent déjà connues par les travaux antérieurs de Köcher, de Grimm, de Prisselkoff, etc.

1° *De novembre* 1876 *à avril* 1877. C'est la période de concentration des troupes ; elle débute par l'appel et l'examen des réserves, besogne considérable qui, dans certains corps d'armée, aboutit à l'élimination d'un grand nombre d'appelés. L'effectif moyen de l'armée fut dans cette période de 157,681 hommes.

La marche de concentration s'effectua en partie par les routes de terre, en partie par les voies ferrées. La marche à pied se fit allègrement et sans fatigues ni refroidissements, mais elle permit de constater le peu de solidité des chaussures.

Les transports en chemins de fer, au contraire, fonctionnaient pour la première fois et donnèrent de graves mécomptes. Ainsi des wagons qui avaient été prévus pour 40 hommes au maximum, durent, en raison de la pénurie du matériel, en recevoir jusqu'à 70 et même 100 dans la cavalerie ; les hommes ne pouvaient se placer et devaient demeurer debout pour des trajets qui durèrent jusqu'à 8 fois 24 heures ! L'entassement était tel dans les wagons qu'il y régnait une chaleur et une humidité étouffantes ; au contraire, la température extérieure était très basse ; il en résultait que les soldats ne voulaient plus quitter les voitures, bouchaient toutes les ouvertures et, au moindre refroidissement, étaient pris de fluxion de poitrine ou de congélation. Si l'on ajoute à cela que les trains de concentration n'avaient pas de latrines et qu'il était impossible de nettoyer les wagons, on se figurera, avec la malpropreté habituelle du soldat russe, dans quelles conditions déplorables se firent les transports. Il fallut même placer des soldats sur de simples plate-formes garnies de grossières banquettes, sans dossier et sans abri.

L'embarquement du matériel, faute de quais appropriés et de panneaux mobiles, fût très pénible et causa de nombreux accidents ; les haltes-repas, durant lesquelles on distribuait du pain de maïs, une demi-livre de viande et des légumes, fonctionnèrent également à la diable ; ainsi le 11e cosaques ne reçut rien pendant 5 jours, le 130e de ligne n'eut en 4 jours qu'un repas chaud. Ces à-coups se produisirent surtout aux grands embranchements, Schmerinka, Birsula, Rasdelnaja, soit parce qu'il se présentait plus de monde qu'on en avait annoncé, soit par suite des retards des trains ou de la nécessité d'écourter la halte. — On fit même des distributions, à certaines gares, de thé et de pain blanc, mais le thé était en général bouillant et il fallait l'absorber à la hâte.

En Bessarabie, les troupes cantonnèrent chez l'habitant ; la saison était bonne, aussi l'état sanitaire se maintint-il excellent. Il n'y eut en

cinq mois que 239 décès (1,51 0/00). Les maladies dominantes furent le paludisme, les affections des voies respiratoires et les refroidissements.

2° *Avril et mai* 1877. — C'est le début des opérations : dans ces deux mois, l'armée se porte de ses quartiers de Bessarabie sur la ligne d'opérations, à travers la Roumanie. Une partie des troupes fut transportée par le chemin de fer roumain et les scènes qui avaient marqué ce mode de transport en Russie se renouvelèrent, principalement en ce qui concerne l'alimentation; une autre partie fit la route à pied et n'eut pas moins à souffrir. En effet, dans la première portion du trajet, de Kischinew à Jassy, il plut constamment et la marche, sur le sol argileux de la Bessarabie, présenta d'énormes difficultés; il fallut bivouaquer sur la terre détrempée, sans paille et sans couchage. Puis, dans la seconde portion, après le passage du Danube à Simnitza, il survint d'atroces chaleurs; les hommes, altérés par une poussière aveuglante, ne trouvaient que de l'eau de mauvaise qualité; il fallut fixer les départs à 4 heures du matin et couper les marches par une halte d'une heure après le premier tiers et de deux après le second. La plupart des soldats se débarrassèrent de leurs vêtements d'hiver. Cependant, sur un effectif de 217,446 hommes, il n'y eut que 156 décès, mais la dysenterie fit son apparition, et on compta 479 cas de fièvre typhoïde dans cette période.

3° *Du* 10 *juin au* 28 *novembre* 1877. — C'est la période des combats devant Plewna, période sanglante mais qui, au point de vue médical, n'offre aucun caractère général; cependant la dysenterie et la fièvre typhoïde font des progrès, sans toutefois atteindre la fréquence du paludisme. Dans les trois premiers mois, les causes de maladie sont, en effet, par ordre de fréquence, la fièvre intermittente (35 0/00 de l'effectif), la fièvre typhoïde (6) et la dysenterie (5,9); dans les trois derniers, la fièvre intermittente (72, 6), la dysenterie (24,9) et la fièvre typhoïde (10,2). La mortalité s'accroît également; elle est, dans les trois premiers mois, de 218 0/00 pour les typhiques, et de 95 0/00 pour les dysentériques; dans les trois derniers, elle atteint 360 0/00 chez les typhiques et 283 0/00 chez les dysentériques. Le maximum des malades fut en août (102,6 0/00 de l'effectif); celui des décès en octobre (7,25 0/00).

4° *Hiver de* 1877-78. — Dans cette période, les troupes russes franchissent les Balkans et occupent le sud de la Péninsule. Dès la fin de novembre, la température tombe à — 20° Réaumur; les montagnes sont couvertes de neige et les troupes n'avancent qu'à travers d'épais brouillards et d'incessantes tourmentes; pas d'abris, pas de nourriture, pas de vêtements, car les hommes ont jeté au printemps leurs capotes d'hiver; ce sont des fatigues énormes au milieu de combats quotidiens et il n'y a pas d'hôpitaux dans le voisinage! Seules, en effet, les ambulances divisionnaires avaient pu suivre; l'hôpital de campagne n° 1 n'arriva à Andrinople que le 16 février. On comprend aisément ce qui en résulta. « Les routes, dit un témoin, étaient sur toute leur longueur, jalonnées de cadavres. » Le typhus pétéchial ne tarde pas à faire son apparition.

Sur un effectif de 411,169 hommes, le chiffre des malades atteint, dans cette période 90 0/00 de l'effectif au mois de décembre, puis il décroît peu à peu, 76,4 en janvier, 64,7 en février. La mortalité est de 6,47 en décembre, 9,49 en janvier et 8,21 0/00 en février. Les maladies dominantes sont : la fièvre intermittente (50 0/00 de l'effectif), les

maladies typhoïdes (44,7) et les congélations (11,4) ; parmi les maladies typhoïdes (18,409 cas), le typhus pétéchial compte pour 7,522 cas avec 1,540 décès. La gravité générale des maladies s'élève du reste; elle atteint 360,5 0/00 du chiffre des malades en moyenne, 393,9 0/00 chez les blessés et 421,5 0/00 chez les dysentériques. Heureusement il n'y eut pas de variole.

5° *Du* 1er *mars au* 1er *septembre* 1878. C'est la période de la marche sur Constantinople ; elle se caractérise par le progrès du typhus dans des troupes épuisées; cependant, on peut la subdiviser en deux périodes secondaires, l'une de mars à mai, dans laquelle la morbidité monte jusqu'à 120, 1, et la mortalité jusqu'à 9,66 0/00 de l'effectif, l'autre de juin à août, dans laquelle les chiffres s'améliorent. Mais, dans les 3 premiers mois, sur un effectif de 417,983 hommes, on compte 56,163 typhiques avec 8,895 morts! Sur ce chiffre, un tiers appartient au typhus exanthématique. Les affections typhoïdes représentent donc, comme atteintes, 134 0/00 de l'effectif, les fièvres intermittentes 85,7 0/00. Cependant la mortalité est moindre que pendant l'hiver ; elle est encore de 403 0/00 chez les dysentériques, mais elle tombe à 158 0/00 sur l'ensemble des malades. Dans les trois derniers mois, les atteintes par paludisme augmentent encore (182,6 0/00 de l'effectif), mais celles par typhus diminuent (71,5 0/00); la plus forte mortalité est donnée par les dysentériques (219 0/00), puis les typhiques (175,6 0/00).

6° *De septembre* 1878 *à mars* 1879. Cette période est celle du retour en Russie et de la dislocation des troupes ; elle est moins intéressante que les précédentes. Le chiffre des malades, sur un effectif de 199,553 hommes, monte pendant ce troisième hiver à 173,8 de l'effectif et celui des décès à 6,54 ; ils redescendirent au printemps à 49,4 et 2,92 0/00. Les maladies principales furent les fièvres intermittentes (403,7 0/00 de l'effectif) et le typhus à rechutes (48,9 0/00); la mortalité maxima fut donnée par les dysentériques (313,7 0/00 atteintes) et le typhus (212 0/00).

Les chapitres suivants traitent : le chapitre II, du *Fonctionnement du service de santé* pendant la guerre ; le chapitre III, des *Blessures et opérations chirurgicales* ; le chapitre IV, de la *Statistique comparative* des pertes de l'armée russe avec celles des autres armées, dans les guerres contemporaines. Leur analyse nécessiterait de tels développements qu'il est impossible, même sous une forme succincte, de la faire entrer dans le cadre de la Revue. DE SANTI.

Relation médico-chirurgicale de la campagne du Sud-Oranais en 1881-1882, par DELMAS (*Arch. méd. milit., août et septembre* 1887).

La campagne du Sud-Oranais a duré 18 mois (1er mai 1881 au 1er janvier 1883) : 10,000 hommes y ont pris part.

Le surmenage, l'inertie absolue succédant sans transition à cet excès de mouvement, les conditions climatériques extrêmes (chaleur et froid excessifs) ont été les principales causes des troubles sanitaires de cette année.

La morbidité a été de 13,226 (dont 100 officiers), soit 1,322 0/00, et la mortalité de 642 (dont 30 officiers) soit, 64 0/00. A cela, il faut ajouter 106 blessés (dont 6 officiers), 122 tués (dont 7 officiers), et 35 suicides.

La fièvre typhoïde a été l'affection dont le coefficient de mortalité fut

le plus élevé : 1,847 cas, et 472 décès. Plusieurs points curieux sont à noter : la fièvre typhoïde a débuté, en plein désert, deux mois après le commencement des hostilités ; elle s'est généralisée à tous les corps, détachements, colonnes, et postes du sud, s'est irradiée dans le Tell, a envahi toutes les villes de garnison de la province d'Oran (le poste de Frendah excepté), et a duré toute la campagne. A Saïda, d'après 217 cas, le coefficient de morbidité typhoïdique aurait atteint chez les détachements nouvellement arrivés de France, une proportion 3 fois plus forte que chez les troupes d'Afrique, la léthalité par contre variant peu dans les deux groupes, indiquerait la prédominance des cas graves dans les corps algériens.

Les fièvres telluriques ont fourni 3,785 malades et 68 morts : les troupes de France ont été particulièrement frappées par la fièvre rémittente et par la dysenterie, tandis que la fièvre intermittente était de beaucoup plus fréquente chez les troupes d'Afrique ainsi que la cachexie et l'anémie palustres.

La dyssenterie s'est présentée sous une forme bénigne et n'a donné que 3 décès, malgré un nombre de cas assez élevé (1,500 ?) très irrégulièrement répartis.

Les affections des voies respiratoires donnent 1,147 cas avec 23 décès ; le rhumatisme 282 cas sans décès.

Les coups de chaleur, nombreux sans doute, ont occasionné 6 fois la mort. — Plus de 50 malades ont dû être évacués atteints de congélations : 7 ont perdu un ou plusieurs orteils.

Enfin un groupe de maladies : embarras gastrique, diarrhée, dysenterie, maladies du foie, a donné 4,598 cas et 56 décès.

L'exposé des blessures de guerre, la plupart légères, ayant atteint les parties molles, — les traumatismes graves étant réduits à 10 fractures comminutives guéries sans intervention chirurgicale sérieuse — complètent cette intéressante relation. MAUBRAC.

Les infirmeries ambulances au Tonkin, par J.-N. SÉGELLE (*Arch. de méd. milit.*, *p.* 263, *octobre* 1887).

En juin 1885, le corps expéditionnaire du Tonkin atteignit l'effectif de 50,000 hommes environ. Plus de la moitié de l'armée, surmenée par la campagne de Lang-Son et le débloquement de Tuyen-Quang était hors d'état de marcher : plus de 1500 malades étaient hospitalisés : un nombre égal encombrait les infirmeries des corps, faute de place dans les hôpitaux.

Prévoyant, ce qui se justifia, une augmentation dans la morbidité, on créa, étant donnée l'insuffisance numérique du personnel administratif, de petits hôpitaux annexes des infirmeries régimentaires sous le titre d'infirmerie-ambulance. Les hommes y étaient traités comme dans les hôpitaux, les vivres étaient perçus au titre du service des hôpitaux : pour améliorer le régime alimentaire et l'installation matérielle, on forma une masse alimentée par une allocation de 1 fr. 25 par homme et par journée de traitement toujours au titre des hôpitaux.

Ce système mettait entre les mains des divers postes tous les moyens d'assurer aux malades un traitement et un bien-être se rapprochant de ce qu'ils trouveraient dans les hôpitaux. Quant à cette dispersion des res-

sources hospitalières, elle mérite peu de critique ; car le système de concentration est impraticable au Tonkin : les communications y sont trop lentes et la plupart des maladies endémiques y sont à invasion rapide, à marche aiguë, et rapidement mortelle. Aux 1745 lits d'hôpitaux, furent ainsi annexés, 1100 lits des infirmeries-ambulances. Ajoutons que le fonctionnement paraît avoir été excellent. MAUBRAC.

Statistical notes on suicide in the army during the year 1884 (*Army medical Report for the year* 1884, *vol. XXXVI, p.* 375).

On a compté, en 1884, 46 suicides dans l'armée anglaise contre 52 l'année précédente ; sur ces 46 suicides, 14 ont eu lieu en Angleterre ou dans les diverses parties du Royaume-Uni, 32 aux colonies. La proportion des suicides à l'effectif de l'armée est ainsi de 2,61 pour 10,000. Ce chiffre semble établir une certaine décroissance dans la fréquence de ce genre de mort, la proportion étant de 2,97 en 1883 et 3,52 en 1882.

Les suicides ont été beaucoup plus fréquents dans l'armée que dans la population civile masculine et leur fréquence, chez le civil comme chez le militaire, croît avec l'âge. Ainsi la proportion de 20 à 24 ans a été de 1,74 0/000 sur l'ensemble de l'armée : 0,91 pour l'armée en Angleterre et 0,65 pour la population civile ; elle s'élève, de 25 à 34 ans, à 4,20 0/000 sur l'ensemble de l'armée : 2,84 pour l'armée en Angleterre et 1,04 pour la population civile ; enfin elle atteint, de 35 à 45 ans, 5,52 0/000 sur l'ensemble de l'armée : 6,19 pour l'armée en Angleterre et 1,80 pour la population civile.

Les genres de mort préférés sont par ordre de fréquence et sur 100 suicides dans l'armée : les armes à feu (69,6 0/0), la saignée du cou (10,9), la précipitation d'un lieu élevé (8,7), l'empoisonnement (6,6) et enfin l'asphyxie par submersion ou par pendaison (2,1 chacune). Dans le civil : la pendaison (38,8 0/0), la submersion (19,7), la saignée du cou (19,3), l'empoisonnement (12,3), les armes à feu (7,8) et la précipitation d'un lieu élevé (2,1).

L'âge moyen des suicidés dans l'armée a été de 28 ans, la durée moyenne de leur service de 8 ans 3/4.

Relativement à l'arme, l'infanterie a 2,81 suicides par 10,000 hommes, la cavalerie 1,24 seulement, l'artillerie 2,95 et le génie 0.

Presque tous les suicides en 1884 ont été isolés ; cependant on en compte trois dans un seul bataillon et deux dans quatre bataillons, mais on ne peut admettre qu'il y ait eu des influences dépressives générales.

DE SANTI.

Du diagnostic de la faiblesse de constitution au point de vue du recrutement militaire, par DUPONCHEL (*Arch. de méd. milit., p.* 177, *septembre* 1887).

L'auteur insiste sur deux signes diagnostiques qu'il considère comme démonstratifs, tirés de l'examen de la situation de la pointe du cœur et de la durée de l'expiration au sommet des poumons. Il serait à désirer que de nouvelles recherches précisent la valeur définitive des conclusions que voici :

1° L'abaissement de la pointe du cœur ne traduit pas toujours une maladie organique ; elle dépend beaucoup plus souvent, chez les cons-

crits, d'une hypertrophie de croissance, correspondant elle-même au développement incomplet de l'organisme, à la faiblesse générale ;

2° L'expiration prolongée, observée au sommet des poumons et plus particulièrement appréciable au sommet droit, n'indique pas, quand elle n'est accompagnée d'aucun autre symptôme (souffle, saccade, etc.), un début de tuberculose. Elle traduit, elle aussi, chez un grand nombre de conscrits, un état de faiblesse générale et de développement incomplet;

3° Isolés, et surtout réunis, ces deux signes méritent d'être pris en sérieuse considération dans l'examen des conscrits au conseil de revision ; ils peuvent permettre d'affirmer le diagnostic faiblesse, dans certains cas où les apparences extérieures laissent place au doute ;

4° Ces signes ne sont ni constants, ni absolus, mais leur valeur est pour le moins comparable à celle des données fournies par les notions du périmètre thoracique et du poids ; leur constatation est du reste particulièrement aisée. MAUBRAC.

Étude clinique sur les ruptures musculaires chez les cavaliers, par CHARVOT et COUILLAULT (*Revue de chirurgie*, 1887, *n°* 5, 10 *mai*, *p.* 325, *et n°* 6, 10 *juin p.* 448).

Les vingt observations recueillies par Charvot et Couillault sur des cavaliers se rapportent presque toutes à des ruptures des muscles grands droits de l'abdomen, quelques-unes à des ruptures des muscles de la cuisse, du grand pectoral (1 obs.) et du deltoïde (1 obs.).

Ces ruptures musculaires s'observent presque exclusivement chez les jeunes soldats au moment où ils commencent à être soumis aux exercices des classes, manœuvres violentes auxquelles ils ne sont pas habitués.

Les ruptures sont rarement totales d'emblée ; le plus souvent elles sont partielles et successives.

Elles se produisent presque toujours à l'occasion des mêmes mouvements forcés. A chacune de ces manœuvres de force correspond la lésion du même muscle rompu presque toujours au même point. Dans les exercices de voltige par exemple, dans le saut à cheval, au moment où l'homme fait l'effort pour se soulever de terre les deux mains appuyées sur la croupe, la rupture se fait toujours dans la portion inférieure du muscle grand droit de l'abdomen (13 fois à gauche, 5 fois à droite). Dans le saut ordinaire, la rupture porte sur le droit antérieur de la cuisse, etc.

Ces ruptures musculaires sont indirectes. Les auteurs en étudiant avec détail le mécanisme, concluent :

1° Un muscle se rompt de préférence à l'occasion d'un mouvement qu'il n'a pas coutume d'exécuter, parce que les différents faisceaux musculaires qui se composent, n'étant pas disciplinés par l'habitude, se contractent isolément.

2° La rupture survient dans l'exécution d'un mouvement secondaire (c'est-à-dire du sens opposé à celui dans lequel il agit d'habitude), le ventre charnu n'étant pas anatomiquement disposé pour avoir, dans ce sens, toute sa puissance de contraction.

3° Pour un même muscle, la déchirure se produit presque toujours au même point, moins bien soutenu par les enveloppes aponévrotiques

ou fibreuses ; elle intéresse le faisceau direct qui, long et grêle, a souvent à supporter tout l'effort. C. WALTHER.

Note sur les effets de la mélinite, par TACHARD (*Arch. de méd. milit., p.* 161, *septembre* 1887).

A Belfort, un obus à mélinite ayant fait explosion, 17 artilleurs furent tués ou blessés. Voici quelques particularités, dues probablement au mode de fragmentation de l'obus, qui sont à remarquer dans la relation de cet accident : multiplicité, profondeur, étroitesse et gravité des plaies des parties molles produites par des fragments de forme cubique en général, et n'ayant qu'un poids et qu'un volume faibles ; production de tatouages avec inclusion profonde de parcelles de fonte, réduites aux dimensions d'un grain de sable : ces plaies avaient 2 millimètres de diamètre, et 10 à 15 centimètres de profondeur : il n'est pas douteux que l'action de ces petits projectiles sur les vaisseaux et les nerfs ne soit très dangereuse.

Des 17 hommes atteints, 5 furent tués sur le coup : on ne constata aucune brûlure, aucun trouble imputable à l'absorption de gaz délétères ou toxiques ; 4 moururent en quelques heures soit par hémorragies, soit par l'étendue du traumatisme, par épuisement nerveux, par algidité ; 2 moururent de complications (méningo-encéphalite, érysipèle) ; 6 survécurent. Chez ces derniers, on note l'attrition et le sphacèle des parties atteintes par des projectiles peu volumineux impossibles à retrouver avec le stylet, nécessitant un large passage pour les produits de la plaie. MAUBRAC.

De la périostite ostéoplasique des métatarsiens à la suite des marches, par E. PAUZAT (*Arch. de méd. milit., p.* 337, *novembre* 1887).

Consécutivement à la marche, il peut s'établir un gonflement œdémateux limité au métatarse, siégeant tantôt sur un seul pied, tantôt sur les deux à la fois : ces œdèmes très persistants, profonds, ou à la fois superficiels et profonds, occupent toujours la face dorsale, quelquefois les faces dorsale et plantaire du métatarse. Puis il se développe, en général du 15e au 30e jour une hyperostose siégeant le plus fréquemment sur le 3e métatarsien, souvent sur le 2e et 4e, jamais sur le premier et le 5e : c'est soit la base, soit la tête, le plus souvent la partie moyenne du corps du métatarsien qui est atteinte. Ces hyperostoses arrivent en quelques jours à leur maximum de développement, mais restent longtemps stationnaires, tandis qu'il persiste de l'œdème profond et de la douleur que réveille la marche ou la pression. Ces symptômes disparaissent au bout de un à quatre mois. Des blessés, après 4 ou 5 mois, ne peuvent faire une marche de 12 à 15 kilomètres sans souffrir et rester en arrière.

Cette périostite n'est pas due à la marche elle-même ; elle est due à ce qu'il se forme sur le milieu de l'empeigne du soulier, un ou plusieurs sillons transversaux qui sont d'autant plus marqués que la chaussure est faite avec un cuir plus épais et qu'elle a servi pour des marches plus longues : ce sillon répond à une ligne menée transversalement un peu en arrière de la tête des métatarsiens ; à chaque pas il frotte sur ce plan. Il faut noter que ce sillon se creuse d'autant plus profondément que le pas est plus traînant et agit comme traumatisme chronique.

Cet accident, bien que non signalé encore, paraît devoir être assez fréquent ; Pauzat a recueilli, en un mois et demi, 8 observations sur 250 hommes (3 0/0). MAUBRAC.

De la valeur des conserves dites « de prison cellulaire » pour les soldats et les détenus), par TSCHAKALEW (*Wojenno medizinski Journal, août* 1886, *et Roths's Jahresb., p.* 43).

L'auteur a analysé, dans le laboratoire de Dobroslawin, des conserves de soupe de pois, de soupe de haricots et de soupe de lentilles, de la fabrique Azibert. Ces conserves sont, comme l'Erbswurst, divisées par portions et demi-portions enveloppées d'une feuille d'étain pur et de papier parchemin ; elles renferment :

DÉSIGNATION.	EAU.	GRAISSE.	ALBUMINE.	MATIÈRES azotées.	AMIDON.	TISSU cellulaire.	CENDRES
1° Soupe de pois (266 grammes à la portion).....	15,63	13,85	16,71	2,83	40,49	5,39	7,08
2° Soupe de haricots (265gr,7 à la portion).....	14,05	13,78	17,69	2,602	38,91	7,54	7,59
3° Soupe de lentilles (272gr,2 à la portion).....	14,28	15,11	17,10	2,516	39,61	5,70	7,66

Les expériences faites sur des détenus ont fait voir que ces conserves étaient bien digérées. DE SANTI.

Les Anglais dans la Haute-Egypte ; fonctionnement du service de santé (*Revu militaire de l'étranger*, 4, *p.* 231 *et Arch. méd. milit., p.* 55, *juillet* 1887).

Relation basée sur les documents de l'*Army med. Dep. Report*, des expéditions de 1884 et 1885.

Un effectif de 12,000 hommes, sous un climat torride avec des fatigues constantes pendant 3 mois consécutifs, a eu 11 décès par fièvre typhoïde, et 2 décès par dysenterie.

En 1884, trois jours avant l'entrée en campagne, est constitué à Suez un hôpital de 200 lits pour recevoir les malades évacués du Soudan, qui doivent être hospitalisés temporairement à Trinkitat. La colonne (4,500 hommes) livre combat à El-Teb : 30 tués et 160 blessés : en trois jours tous les malades et blessés sont prêts à être évacués sur Suez par deux transports nolisés pour ce service et mouillés depuis 8 jours en rade de Trinkitat.

Après une course de quinze jours dans un pays aride, ils revinrent à Souakim et évacuèrent 271 malades sur Suez.

En 1885, du 1er mars au 14 mai, en campagne, sur un effectif de 7,000 hommes, après 4 engagements sérieux, il n'y eut que 16 décès par maladie : 621 malades furent évacués sur Suez et l'Angleterre.

La surveillance des moindres cas de diarrhée, les mesures prises pour éviter l'encombrement ; l'eau très pure que les hommes étaient astreints

à boire (l'eau distillée était fournie en abondance et les liqueurs fortes proscrites), un personnel de 45 médecins et de 2 compagnies de brancardiers, la réglementation précise des conditions dans lesquelles doivent s'accomplir toutes les opérations sanitaires, expliquent cette remarquable immunité des troupes anglaises due tout entière à l'hygiène préventive poussée à ses dernières limites. MAUBRAC.

Sur la pathologie des troupes à Tamatave (1884-1885), **par LE GOLLEUR** (*Thèse de Paris, 9 novembre* 1886).

L'auteur montre comment le séjour de Madagascar et particulièrement de Tamatave est malsain, et la nécessité de former un sanatorium plus important à la Réunion où existe déjà l'établissement de Salazie.

Il donne dans des tableaux détaillés les indisponibles avec les causes des invalidations, et le nombre de journées de maladies : relevons parmi les plus frappants :

Le mois de juillet, où il y a eu le moins de malades :

Effectif : 407 hommes, ayant donné 91 malades avec 181 journées d'hôpital et 688 d'invalidation : il y eut 40 cas de fièvre intermittente, 14 diarrhées, 12 dysenteries (moyenne 22,9 malades par jour, soit 5,65 0/0 présents et par jour.

Le mois de janvier le plus chargé, montre :

Effectif : 352 hommes, ayant donné 289 malades, et un total de 2,493 journées d'invalidation, dont 963 à l'hôpital : soit une moyennne de 83,1 par jour, soit 23,6 0/0 présents et par jour. On compte dans ce mois, 219 cas de fièvre intermittente, 13 diarrhées, 9 dysenteries.

La moyenne des indisponibles pour un an, mai 1884 à mai 1885, a été de 12,8 0/0 présents et par jour. M.

Traité clinique des maladies des pays chauds, par A. CORRE (*In*-8 *de* 240 *pages, Paris*, 1887).

Une louable tendance porte les médecins de la marine à transporter, dans la pathologie exotique, les procédés d'investigation et les méthodes techniques nouvelles. Les traités de Bertrand, sur l'entéro-colite des pays chauds, ceux de Burot sur la fièvre bilieuse de la Guyane, de Maurel sur l'impaludisme, témoignent de cette tendance scientifique, et marquent un progrès notable dans l'histoire des maladies des pays chauds. Le traité clinique de pathologie tropicale, que vient de faire paraître le professeur de l'école de Brest, n'est pas inférieur à ses devanciers. C'est un livre de haute valeur, qui résume en un style clair et avec méthode les travaux innombrables et souvent confus, publiés sur ces matières. Des indications bibliographiques complètes, un exposé sobre et précis, marqué au coin de la bonne clinique française, sans donner une place trop prépondérante aux théories physiologiques régnantes, constituent les principales qualités de cet ouvrage. L'auteur a non seulement étudié cela, mais il a vu les types cliniques qu'il décrit, et dans les différentes latitudes où le hasard lui a fait exercer la médecine, il a pu comparer les allures des maladies infectieuses qui forment le fond de la pathologie exotique.

L'auteur débute par la description des états pathologiques communs à

toutes les régions tropicales, le coup de chaleur, les fièvres dites climatiques et l'anémie tropicale. Si le coup de chaleur est maintenant bien connu, il n'en est pas de même de l'anémie tropicale et des fièvres climatiques. Corre n'a pas de peine à établir qu'il s'agit presque toujours de complexus pathologiques dans lesquels entrent, non seulement l'influence du climat, mais celle, toujours réelle, de la malaria et de la mauvaise hygiène.

Les chapitres consacrés aux grandes endémies infectieuses offrent un résumé très complet des recherches récentes sur les contages de ces maladies. L'auteur, partisan des doctrines de Pasteur, décrit en détail le microbe virgule cholérique, les bacilles décrits par Freire et Ledantec dans la fièvre jaune, les divers organes parasitaires de la fièvre intermittente ; il a toutefois la sagesse de ne pas donner comme définitifs les microbes considérés comme pathogènes, et sur lesquels l'expérimentation n'a pas encore prononcé. La famille des intoxications palustres, à elle seule, prend 200 pages du livre. On lira avec intérêt les descriptions des formes cliniques pulmonaires, des complications oculaires et des manifestations de la malaria sur l'appareil intestinal et génito-urinaire ainsi que celle des types hybrides typho-malariens.

Les maladies infectieuses qui exercent leur action sur le système nerveux sont ensuite passées en revue, telles que le béribéri, la dengue et la lèpre. Un chapitre est consacré aux dermites exotiques encore peu connues (bouton d'Alep, de Biskra, verruga, ulcère phagédénique), ainsi qu'aux maladies du système lymphatique associées ou non aux parasites sanguins. Dans cette catégorie, se placent les lymphangites, la lymphurie, les hydrocèles lymphoïdes, l'éléphantiasis dans leurs rapports avec le filariose.

L'ouvrage se termine par l'histoire des diarrhées des pays chauds, de la dysenterie et des abcès tropicaux du foie. H. R.

Climat et pathologie de la Guyane. Aptitude de l'Européen à vivre dans cette colonie, par J. FORTOUL (*Thèse Paris, juin* 1887).

Etude soignée des maladies des Européens à la Guyane, maladies endémiques (paludisme, dysenterie, hépatite, fièvre inflammatoire dite aussi fébricule ictérode, fièvre jaune, endémique à Cayenne comme au Brésil), maladies épidémiques (variole, inconnue depuis 1870, fièvre typhoïde, rare à la Guyane).

Contrairement à Orgeas, Fortoul essaie de démontrer que l'Européen peut vivre à la Guyane : la haute température ne lui paraît pas devoir être considérée comme un obstacle ? M.

REVUE GÉNÉRALE.

PTOMAÏNES ET LEUCOMAÏNES

Par ROUSSY.

Consultez dans la *Revue* les analyses suivantes :

Brouardel, Boutmy, Gautier, XX, 258, 259; Bouchard, XXII, 49; Brieger, XXII, 458; Maas, XXII, 459; Tamassia, XXII, 460; Schlagdenhauffen, XXIII, 51; Paehl, XXIII, 49; Bouchard, XXIV, 57; Foa, Pellacani, XXIV, 426; Coppola, XXIV, 434; Brieger, Maas, XXV, 42, 43; Lépine, Guérin, Zuco, XXV, 44; Lépine. Mollière, XXV, 219; Benson, Maas, XXV, 508, 509; Brieger, XXVI, 39; Bockhoit, XXVI. 451; van de Velde, XXVI, 453; Lépine, Aubert, XXVII, 63; Anrep, XXVII, 66; Bochin, Kulz, Gram, Kobert, XXVII, 46; Anrep, XXVII, 66; Pellacani, XXVII, 621; Bouchard, XXVIII, 458, 459; Feltz, XXVIII, 460; Vaughan, XXIX, 56; Virchow, Salkowski, Lohemeyer, Lewin, Wolff, XXIX, 86; Wallace, Newton, XXIX, 56; Ladenburg, XXIX, 457; Chibret, Zyarn, XXIX, 449; Leube, XXIX, 448; Charrin, Roger, XXX, 43; Vaughan, XXX, 448.

Voyez les divers travaux sur la bactériologie et consultez en outre :

Sugli alcaloidi cadaverica e ptomaine del Selmi, par **Gionetti** et **Corona** (*In*-8, *Bologne*, 1880). — Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie, par **G. Pouchet** (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1880). — Ueber das Verhalten der Gallensäuren bei toxicologischen Untersuchungen und die chem. Natur der Ptomaïne, par **A. Casali** (*Riv. clin.*, 6, *p.* 331, *juin* 1881). — Sugli Acidi e sali biliarie nelle ricerche clinico, toxicologiche e sulla natura delle ptomaïne del selmi, par **A. Casali** (*Ferrara* 1881 *et Arch. pharm.*, 221, *p.* 485). — Ueber Cadaveralkaloide, par **A. Casali** (*Ann. di Chemica août et septembre* 1882 *et Arch. d. Pharm.*, 1883, *Band* 221, *p.* 69). — Ueber die Natur der Ptomaine, par **A. Casali** (*Ann. di Chim. appl. alla pharm. ed alla med.*, *mars* 1883, *et Arch. der Pharm.*, *Band* 221, *p.* 540). — Ueber die basichen Principien der putreficirten animalischen Stoffe, par **A. Casali** (*Ann. Univ.*, *vol.* 261, *p.* 3, *juillet* 1882). — Ueber die Ptomaine u. alkaloischen Faulnissalkaloide, par **A. Casali** (*Ann. di Chimica*, 188, *p.* 89 à 147,

1883). — Un Caso di perizia per sospetto veneficio, par **Ciotto** (*Padova*, 1880). — Beiträge zur Kenntniss der Ptomaine, par **Grubner** (*Inaug. Diss. Dorpat.*, 1882). — Weitere Untersuchungen ueber Ptomaine, par **Brieger** (*In-8°, Berlin*, 1885). — Traduction française, par **Roussy** et **Winter** (*In-12, Paris*, 1886). — Sur l'action physiologique de la neurine, par **Cervello** (*Milan*, 1885). — Expériences de physiotoxicologie sur le chlorhydrate de triméthylvinylammonium et le chlorhydrate de triméthylamine, par **Morriggia** (*Rome*, 1885). — Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus, par **Ehrlich** (*Berlin*, 1885). — Ueber die toxische Substanz im Verderbenen, par **Lombrozzo** (*Rivista chemica*, *V*, 12, *p.* 3 *et* 9). — Discussion sur les ptomaines et les leucomaines et la théorie microbienne (*Bull. Acad. de méd.*, 1886). — Contribution a l'étude médico-légale de la putréfaction. par **Joffroy** (*Arch. de physiol.*, *p.* 300, 1886). — An Adress on the nature of snakepoison, etc., par **J. Fayrer** (*British med. journ.*, *p.* 205-210, 1884). — Die organischen Basen der Leichen, par **E. Felletas** (*Petersb. med. chir. Presse*, *X*, *p.* 11, 15, 16, 1874). — Study of some recent experiments on serpent venom, par **Fletcher** (*The Amer. Journ. of med. sciences*, *p.* 131-141, 1883). — Ueber einen Alkaloidastigen Bestandtheil menschlichen Leichentheile, par **Gaethias** (*Agric. Chem. Jahrb.*, *XXVII*, *p.* 458, 1884). — Vorkommen krystallenischer Ptomaine, par **W. Lenz** (*Zeitschr. f. analyt. Chem.*, *Band XXI*, *p.* 622). — Ueber die giftige Substanz der Verdorbenen, par **Lussana** (*Gaz. Lomb.*, 1885). — Die Ptomaine oder Kadaveralkaloide, par **Œffinger** (*Wiesbaden* 1885 *et Deut. med. Zeitg* 1885, 430, *XI*).— Ueber die Bildung eines Alkaloides bei der Alkoholgahrung und seine Darstellung. Pol., par **Oses** (*Centralblatt*, *p.* 701, 1869). — Untersuchungen ueber die Entstehung der Ptomaine, par **Paterno** et **Pica** (*Monit. scient. de Quesneville*, 131, 12, 580, 1882). — Neue, Faelle von Nahrungsmittelvergiftung (Ptomainvergiftung), par **Pontoppidan** (*Hosp. Tid.* 3, *I*, 45, 1883). — Sulle Ptomaine, par **Raimondi** (*La Salute*, 2, 5, *XVIII*, 4, 5, 1884). — La putrefazione sotto il rapporto della medicina legale, par **Raffaele** (*Napoli*, 1879, *p.* 148, *et Arch. de Pharm.*, 221, *p.* 416, 1883). — Flüchtige Basen, par **Planta**, **Kekulé** (*Ann. d. Chem. u. Pharm. hrsg. v. Wohler Liebig. u. Kopp*, *Band* 89, *p.* 129, 1854). — Les leucomaines et la théorie microbienne, par **Rouquette** (*Gaz. hebd.*, *p.* 145, 1886). — Les ptomaines devant les tribunaux, par **Schlagdenhauffen** et **Garnier** (*Gaz. des hôp.*, *p.* 88, 1882). — Étude sur les Ptomaïnes, par **Schlagdenhauffen** (*Journ. de pharm. et de chim.*, 5 *et* 6, *p.* 128, 1882-1883). — Ueber Fischvergiftung, par **Schreiber** (*Berlin. klin. Wochensch.*, *n°* 11 *ou* 12, 1884). — Untersuchuncen ueber die Amidosäuren welche bei der Zersetzung der Eiweissstoffe durch Salzäure und durch Barytwasser entstehen, par **Schulze** et **E. Bosshard** (*Zeitsch. für physiol. Chem.. Band X*, *p.* 134, 1886). — Ptomaines et leucomaines, par **A. Gautier** (*Paris*, 1886). — Les alcaloides d'origine animale, par **Hugounencq** (*Thèse d'agrég.*, 1886). — Untersuchungen ueber Ptomaine, par **L. Brieger** (*Berlin.* 1886). — Ueber ein neues krampfeverursachendes Ptomaine, par **Brieger** (*Berich. der deut. chem. Ges. Jahrgang*, *XIX*, *Heft* 18). — Recherches des leucomaïnes dans la rate, par **E. Morelle** (*Thèse de Lille*, 1886).

Sous le nom de *Ptomaïnes*, de Πτωμα, cadavre, le médecin légiste italien, Selmi, a désigné les substances basiques qui prennent naissance dans les matières organiques en putréfaction et qui présentent les

réactions générales des alcaloïdes végétaux. Sous celui de *Leucomaines* (de Λευκωμα, blanc d'œuf), M. A. Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a rangé les alcaloïdes qui apparaissent pendant la vie dans les tissus animaux.

Les processus biologiques qui donnent naissance à ces deux ordres de produits, leur composition chimique, leurs propriétés physiologiques, etc., présentent de si grandes analogies qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'entreprendre l'histoire des uns sans faire en même temps celle des autres. Voilà pourquoi j'ai cru devoir les embrasser dans une même étude.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Première conception des ptomaïnes et des leucomaïnes. — Si les deux termes *Ptomaïne* et *Leucomaïne* sont de création tout à fait récente, si leur introduction dans la science ne date que de quelques années, il est bien loin d'en être de même pour les idées qu'ils représentent. Ces idées constituent, en effet, le fond de l'une des plus anciennes doctrines de la médecine. C'est dans le vieil humorisme qu'elles ont leur origine, et, pour en trouver le premier germe, c'est à Hippocrate, à Athenée et à Galien, qu'il faut remonter.

L'histoire de notre science nous apprend que tous les humoristes qui se sont succédé depuis ces premiers pères de la doctrine sont unanimes pour attribuer la plupart des maladies et plus spécialement les « *maladies putrides* » à la présence, dans les humeurs de l'organisme, de substances plus ou moins toxiques qu'ils aiment à comparer, souvent, à celles de la putréfaction ou à celles que secrètent les reptiles venimeux.

Pendant de longs siècles, ces croyances ne reposent que sur de pures conceptions de l'esprit ou sur de simples analogies. Mais, à partir de l'époque (XVIe et XVIIe siècles), où Paracelse, van Helmont et surtout Sylvius de Le Boé essaient d'introduire la chimie dans l'étude des maladies, on voit les conceptions anciennes devenir de moins en moins vagues. Les observations rigoureuses et méthodiques de Sydenham, Boerhaave, van Swieten, Pringle, Huxham, Lind, Haller, etc., permettent de se faire une idée plus juste de la nature des altérations humorales.

En même temps, quelques esprits ingénieux et hardis s'adressent à l'expérimentation pour démontrer l'existence du poison putride. Deidier, à Marseille, empoisonne des animaux avec de la bile de pestiféré. Haller détermine des maladies putrides et la mort rapide avec de l'eau putride. Baglivi reproduit des fièvres intenses avec des substances âcres. D'autres expérimentateurs que leur grand nombre ne permet pas de citer ici engendrent des maladies très variées en introduisant dans l'organisme animal des substances chimiques et des produits pathologiques.

Les travaux sortis du laboratoire de même que ceux fournis par la

clinique semblaient déjà démontrer que les poisons putrides étaient de nature azotée et alcaline et que les altérations des humeurs étaient dues à leur accumulation dans l'organisme. Se basant sur ces premières données, un professeur de la Faculté de Montpellier, Baumès, dans son « *Essai d'un système chimique de la science de l'homme*, Nîmes (1798) », range toutes ces altérations dans une même classe et résume tout l'humorisme en un mot : celui d'*Azoténèse*. Cette théorie, bien qu'exagérée, n'en repose pas moins, pour l'époque où elle est formulée, sur une vue très profonde touchant la constitution des poisons putrides.

Ces études, enrayées quelque temps par la critique ardente, fine et caustique de Broussais, le grand réformateur solidiste, et surtout par les séductions de sa doctrine physiologique, sont bientôt reprises avec ardeur de toutes parts et poursuivies d'une façon rigoureuse et vraiment méthodique. La science expérimentale, définitivement introduite dans les études biologiques, va dissiper de plus en plus le nuage encore épais qui entoure la nature des poisons putrides.

Démonstration définitive de l'existence du poison putride. — Les expériences de Gaspard (1808 à 1823), Orfila, Magendie, Leuret, Trousseau et Dupuy, Hamont en France, celles de Gunther en Hanovre, étayées par les nombreuses observations cliniques d'absorption et de résorption putride publiées par Dupré (1822), Velpeau, Bouillaud, Ribes, Danyau, Legallois, Dance, Maréchal, Sédillot, etc., démontrent d'une façon définitive que les matières putrides contiennent des poisons éminemment toxiques, et que ces poisons sont la cause des grands désordres fonctionnels que l'on observe dans les fièvres typhoïdes et dans les maladies putrides en général.

Premiers essais de détermination du poison putride. — Les auteurs précédents avaient démontré l'existence du poison putride, les auteurs suivants vont s'efforcer de le spécifier. Boyer (1834) et plus tard Andral incriminent l'ammoniaque; Bonnet, le sulfhydrate d'ammoniaque; Gueterbock (1838), une sorte d'alcaloïde qu'il a extrait du pus putride et qu'il nomme la «*Pyine* »; Persoz, Nonat et Dumas, l'acide cyanhydrique ; d'Arcet, un composé organique volatile, miasmatique analogue au ferment et azoté comme lui; Virchow, Schmidt, J. Mayer ne sont pas plus heureux dans leurs expériences sur le choléra. De leur côté, Stich (1853), Thiersch d'Erlangen accusent nettement les produits de dédoublement provenant de l'oxydation des matières albuminoïdes, mais ni l'un ni l'autre n'ont essayé de les isoler.

Première extraction du poison putride. — La science en était là lorsque Panum, un savant Danois, établit, en 1855, que pour obtenir le « vrai poison putride » il ne fallait pas opérer sur les produits ultimes, mais sur les produits du début de la putréfaction. Il isola ainsi par filtration, ébullition et une série de traitements par l'alcool une substance chimique assez pure, très stable, fixe, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool absolu, résistant à une température prolongée de 100° qui produisait des effets analogues à ceux déterminés par le venin des reptiles. Douze milligrammes suffisaient pour tuer un chien.

Les efforts faits par Bilroth et Hufschmitt, par O. Weber pour trouver un autre poison putride parmi l'acide sulfhydrique, le sulfhydrate d'ammoniaque, le sulfure de carbone, la leucine, l'urée, les dépôts alca-

lins d'urine, l'acide butyrique, l'acide acétique, le carbonate d'ammoniaque, n'ont d'autres résultats que d'obliger ces auteurs à admettre les conclusions de Panum.

Hemmer (1866), Müller, de Raison, Weidenbaum, Schmitz contrôlent les recherches de Panum et arrivent aux mêmes résultats. Schweninger y ajoute que le poison putride devient inactif après 7 mois 1/2. Fischer trouve en outre dans le pus putride les acides butyrique, valérianique, formique et de la leucine.

La belle découverte de Panum eut un grand retentissement dans tout le monde savant. Aussi, à partir de 1866, voit-on rechercher un peu partout le poison putride et surgir de toutes parts des découvertes nouvelles ayant le plus haut intérêt pour la médecine légale, l'hygiène et la pathologie.

Bence Jones et Dupré, épuisant les différents tissus et liquides de l'homme et des animaux par l'acide sulfurique étendu, obtiennent régulièrement une substance qui donne en solution une belle fluorescence bleue rappelant celle du bisulfate de quinine et que, pour ces motifs, ils appellent *quinoïdine animale.*

Bergmann et Schmiedeberg isolent de la levûre de bière putréfiée, par une méthode assez compliquée, une substance azotée toxique qu'ils appellent *sepsine,* qui cristallise nettement à l'état de sulfate. Bientôt après, Schmidt, Petersen la rencontrèrent dans le sang putride. Scherer et Virchow en font une matière chromogène donnant une coloration rose avec l'acide nitrique. Klebs la considère comme un isomère de la caséine.

Sonnenschein et Zuelzer retirent des macérations de pièces anatomiques et de muscle putréfié une matière, corps très alcalin exhalant une forte odeur de putréfaction, renfermant des cristaux amygdaloïdes qui, une fois bien purifiés, donnent nettement la réaction de l'atropine et de l'hyoscyamine, dilatent les pupilles, accélèrent le cœur, abolissent si bien les mouvements péristatiques de l'intestin que les excitations électriques sont impuissantes à les faire revenir.

Rörsch et Fassbender extraient, par la méthode de Stas-Otto, du foie, de la rate, des reins, une substance insipide incristallisable se comportant comme les alcaloïdes végétaux et spécialement comme la digitaline.

Ces nouvelles découvertes rendaient naturellement les médecins légistes très perplexes et leur étonnement était tel qu'ils avaient beaucoup de peine à attribuer ces substances alcaloïdiques à la putréfaction.

Démonstration de la nature alcaloïdique du poison putride. — C'est alors que M. Gautier vint, en 1872-73, trancher la question et faire cesser définitivement les doutes en démontrant d'une façon précise que la fibrine humaine pure donne en se putréfiant « une petite quantité de vrais alcaloïdes complexes, altérables, fixes ou volatils, présentant tous les caractères des alcaloïdes végétaux. » Cette importante découverte, tout en faisant tomber les hésitations des médecins légistes, jetait un jour tout nouveau sur la dislocation de la molécule albuminoïde et sur la genèse des phénomènes morbides.

A la même époque, les faits ci-dessus reçoivent une confirmation éclatante de la part de Selmi. Ce médecin légiste vint annoncer à l'Aca-

démie de Bologne qu'il avait extrait, non seulement des viscères des individus que la justice soupçonnait avoir été empoisonnés, mais encore d'un sujet décédé de mort naturelle examiné à titre de contre-épreuve, des bases alcaloïdiques présentant les réactions des alcaloïdes végétaux, mais ne se rapportant franchement à aucun type connu.

A partir de cette époque, les preuves établissant qu'il se forme des alcaloïdes dans les matières organiques en putréfaction, ne font que se multiplier. Schwanert retire des organes abdominaux d'une vieille femme en putréfaction depuis 16 jours, une base huileuse, amère, volatile, sentant la propylamine et formant des combinaisons cristallines avec les chlorures. A. Gautier, Marquardt, Hager, Liebermann, Otto isolent de différentes parties du cadavre humain une base qui se rapproche beaucoup de la *conicine* végétale. Wolkenhaar trouve dans les intestins d'une vieille femme qui avait succombé à l'abus de l'eau-de-vie, une ptomaïne qu'il compare à la *nicotine*. Brouardel et Boutmy rencontrent, au cours de cinq expertises médico-légales pratiquées sur des sujets ayant succombé de différentes façons (empoisonnement par acide prussique, oxyde de carbone, arsenic, submersion, asphyxie), une base alcaloïdique donnant du bleu de prusse avec le ferricyanure de potassium et les sels ferriques et produisant des effets toxiques semblables à ceux que produit la *vératrine*. Van Gelder trouve une autre base cadavérique à côté de l'arsenic. Moriggia et Battistini isolent d'un cadavre qui avait séjourné 80 jours dans l'eau, une ptomaïne qui affaiblit la motilité et la sensibilité, ralentit le cœur et l'arrête finalement en systole. Spica retire d'un exsudat purulent, très putréfié, une autre ptomaïne qui active le cœur et la respiration, dilate les pupilles et fait mourir la grenouille en 40 minutes. Gianetti et Corona isolent des viscères d'un jeune homme 3 grammes d'un mélange d'alcaloïdes cadavériques difficiles à séparer, qui dilatent d'abord, puis rétrécissent les pupilles, déterminent des convulsions tétaniques, le ralentissement du cœur et la perte complète de la sensibilité. Foa et Pellacani, dans une étude comparative de la toxicité des différents organes du cadavre humain, trouvent dans les capsules sus-rénales une base très toxique qui amène rapidement la prostration, le collapsus, des paralysies et la mort. Aeby et Schwarzenbach extraient de différentes parties d'un cadavre des ptomaïnes tétanisantes. Enfin, Maas et Willgerodt, E. et H. Salkowski isolent, soit du cadavre, soit de la fibrine putréfiée des substances alcaloïdiques toxiques qui cristallisent, mais imparfaitement.

Extraction de ptomaïnes des substances alimentaires animales et végétales.— La découverte de tant de poisons dans toutes les parties du cadavre humain ou dans d'autres substances organiques putréfiées ne pouvait manquer de donner l'idée de rechercher si les empoisonnements observés à la suite de l'ingestion de différents aliments (conserves de viandes, poissons salés, coquillages, saucisson, fromage, farine, etc.) ne seraient point dus à des substances analogues à celles citées ci-dessus. De là de nombreuses investigations dirigées dans cette nouvelle voie. Brouardel et Boutmy trouvent encore une conicine putréfactive dans les restes d'une oie farcie qui avait empoisonné 12 personnes. La même substance est retrouvée dans les viscères de l'une des victimes. Anrep, professeur à Kharkow, isole d'esturgeons salés qui avaient causé une épidémie d'em-

poisonnements ainsi que des organes des victimes, des bases fixes très alcalines, ayant toutes les propriétés des alcaloïdes végétaux et produisant la dilatation de la pupille, la sécheresse de la bouche et des muqueuses, du ptosis, de la rétention d'urine et des matières fécales, de la gêne respiratoire, du ralentissement du cœur, la pâleur des téguments, de l'hypothermie et de l'entérite, tous phénomènes qui avaient été observés chez les victimes. Plus récemment, Virchow, Brieger, Salkowski, Wolff et Schmidtmann, dans une étude complète faite en commun sur une série d'empoisonnements causés par l'ingestion de moules qui avaient été détachées des flancs d'un navire en réparation dans le bassin de radoub de Wilhemshaven, ont démontré dans ces moules l'existence d'un poison d'une grande énergie. Ce poison produisait, d'après Virchow, de l'agacement des dents, des fourmillements et des démangeaisons, de l'oppression, de l'ébriété, une suractivité du cœur, de la dilatation des pupilles, des convulsions, de l'adynamie, l'angoisse et la mort. A l'autopsie il trouva une grande congestion dans tous les organes, du ramollissement du cœur et de la rate, et une hypertrophie énorme de cette dernière.

Wolff démontra que ce poison se localisait surtout dans le foie, et Schmidtmann qu'il était emmagasiné par des moules inoffensives lorsqu'on les laissait quelques jours dans le bassin de radoub. Brieger l'isola plus tard à l'état de pureté parfaite et le décrivit sous le nom de mytilotoxine, (voir plus loin).

D'autres substances toxiques basiques ont encore été isolées des aliments végétaux plus ou moins avariés. Brugnatelli et Pellogio, Zenoni et Corthez ont retiré du maïs putréfié différents poisons narcotiques et un alcaloïde semblable à la strychnine. Lombroso signala dans le maïs la présence d'un poison qui produisait de l'eczéma et du psoriasis, et plus tard Brugnatelli et Pellogio l'isolèrent à l'état d'alcaloïde qu'ils appelèrent *pellagrocéine*.

Enfin, Lombroso et Erba ont préparé avec du maïs putréfié un extrait auquel Husemann a attribué des propriétés fortement tétanisantes.

Un grand nombre d'autres substances basiques ayant les rapports les plus étroits avec les ptomaïnes précédemment citées ont encore été isolées. Mais ces substances, ayant été retirées de liquides ou de tissus animaux vivants seront décrites, à l'exemple de M. Gautier, dans le chapitre spécial créé par ce savant chimiste sous le nom de leucomaïnes.

CHAPITRE II.

Extraction des ptomaïnes à l'état de pureté parfaite.

Les méthodes d'extraction employées par les auteurs précédents étaient généralement insuffisantes pour leur permettre d'obtenir les bases cadavériques à l'état de pureté absolue. Aussi les chimistes s'efforcèrent-ils d'abord de perfectionner ces méthodes et d'en inventer de nouvelles. C'est grâce à ces nouvelles conquêtes de la technique chimique qu'il devint possible de séparer les différentes ptomaïnes qui jusque là s'étaient présentées sous forme de mélanges, de les faire cristalliser, de les obtenir

à l'état de pureté parfaite et d'en déterminer la composition. Avec ces nouvelles méthodes d'extraction l'histoire des ptomaïnes entre définitivement dans la période de précision, période qui constitue le couronnement de cette immense série d'efforts accomplis durant plus de vingt siècles pour comprendre et saisir le poison putride.

Avant d'entreprendre l'étude des alcaloïdes putréfactifs, la description des méthodes employées pour les isoler s'imposant naturellement c'est par elle que je vais d'abord commencer.

Méthodes d'extraction des ptomaïnes.

1° *Méthode de Stas-Otto.* — Cette méthode est la première en date. Le fond est dû au chimiste belge Stas, et les principaux perfectionnements au chimiste Otto. Voici en quoi elle consiste : 1° on fait digérer dans l'alcool à 90°, à une température de 70° à 75°, pendant un temps variable, généralement long, les matières divisées, additionnées d'acide tartrique jusqu'à réaction franchement acide. Puis, après refroidissement, on filtre et on exprime le résidu. Il faut renouveler cette opération plusieurs fois pour bien épuiser les matières ; 2° toutes les liqueurs sont alors réunies et filtrées, puis réduites par évaporation dans le vide à 35°; 3° on commence alors par enlever les matières grasses en agitant avec de l'éther, que l'on sépare par décantation ; 4° la liqueur est mêlée avec une certaine quantité de verre pulvérisé et évaporée à peu près à siccité dans le vide et sur l'acide sulfurique pour activer l'évaporation ; 5° le résidu ainsi obtenu est mis en macération pendant 24 heures dans l'alcool absolu, et l'on évapore dans le vide à 35° ; 6° le nouveau résidu est dissous dans un peu d'eau et additionné de bicarbonate de soude ou de potasse jusqu'à réaction alcaline ; 7° enfin, cette solution est agitée avec quatre fois son volume d'éther, que l'on décante. L'évaporation du liquide restant donne l'alcaloïde contenu.

A la place de l'alcool et de l'éther on peut employer d'autres dissolvants, tels que le chloroforme et la benzine, etc.

C'est là la méthode généralement employée dans la recherche des alcaloïdes putréfactifs par la plupart des auteurs précédemment cités. On a vu qu'ils ne sont jamais arrivés avec elle à en isoler un seul à l'état pur.

Méthode de Dragendorff. — Cette méthode a été proposée par l'éminent toxicologiste russe de Dorpat. La voici : 1° on fait digérer à 50°, pendant quelques heures seulement, les matières finement hachées et mélangées à une certaine quantité de dilution aqueuse d'acide sulfurique au 1/5, suffisante pour avoir une bouillie claire. On filtre et on exprime. Le résidu de l'expression est traité de la même façon une ou deux fois ; 2° les liqueurs rassemblées, réduites par évaporation jusqu'à consistance sirupeuse sont mises en digestion pendant 24 heures dans l'alcool à 95°; 3° cette liqueur alcoolique est filtrée, évaporée, et le résidu ainsi obtenu agité avec de la benzine, que l'on décante immédiatement. Ce résidu est épuisé de la même façon deux fois ; 4° le résidu additionné d'ammoniaque jusqu'à réaction alcaline, puis chauffé jusqu'à 40° ou 50°, est encore épuisé par la benzine. Ce traitement est répété plusieurs fois ; 5° l'alcaloïde se trouvant dans les benzines, on les rassemble et on les traite par

l'acide sulfurique. L'alcaloïde est alors à l'état de sulfate ; 6° pour le purifier on décompose ce sulfate par l'ammoniaque. Puis on reprend l'alcaloïde par le dissolvant qui lui est le plus propre, et on le transforme de nouveau en sulfate. On peut ainsi le purifier autant qu'il est nécessaire.

Méthodes de Gautier. — Lorsque M. le professeur Gautier isola pour la première fois, en 1872, les alcaloïdes putréfactifs, il employait la méthode suivante : 1° il coagulait les sucs putrides par l'acide sulfurique étendu, filtrait et traitait la liqueur par un excès de magnésie calcinée, filtrait de nouveau et distillait. La vapeur d'eau entraînait ainsi beaucoup d'ammoniaque, de la triméthylamine et d'autres bases volatiles, du phénol, de l'indol, etc. ; 2° la liqueur distillée, exactement saturée d'acide chlorhydrique, évaporée à sec et plusieurs fois reprise par l'alcool absolu donnait les chlorhydrates des bases organiques volatiles, à chloroplatinate et à chloraurates en partie solubles, qui étaient séparées suivant les méthodes ordinaires ; 3° il concentrait presque à sec dans le vide la liqueur magnésienne d'où les bases volatiles avaient été enlevées par distillation, ajoutait le précipité magnésien précédemment formé et un grand excès de sable silicieux, humectait le tout d'eau et faisait sécher à 60° ; 4° il épuisait par l'éther alcoolique à 56° la masse réduite en poudre et placée dans l'appareil à déplacement de Payen ; 5° il évaporait l'éther alcoolique qui avait dissous les bases, reprenait le résidu par l'eau faiblement acidulée ; 6° la liqueur ainsi préparée, séchée *dans le vide* et sur de la chaux, abandonnait les sels des bases fixes.

Plus tard, en 1881-82, MM. Gautier et Etard ont modifié la méthode ci-dessus de la façon suivante :

1° Les liquides putrides, faiblement acidulés par l'acide sulfurique, agités, séparés des huiles qui surnagaient, étaient finalement distillés dans le vide ; 2° le résidu sirupeux, séparé des cristaux formés pendant la distillation, était alcalinisé par la baryte, filtré et fréquemment agité avec du chloroforme ; 3° le chloroforme, contenant les bases dissoutes, était distillé à basse température, dans le vide ou dans un courant d'acide carbonique ; 4° la liqueur restante, additionnée d'une solution d'acide tartrique et filtrée, était traitée par la potasse et agitée avec de l'éther ; 5° la solution éthérée était évaporée à basse pression et à froid, en présence de la potasse caustique. On obtenait ainsi un mélange de bases qui, traitées par précipitations fractionnées à l'aide du chlorure de platine, se séparaient à l'état de chloroplatinates.

Enfin, dans ces derniers temps M. Gautier a ajouté un nouveau perfectionnement :

1° Les liquides putréfiés sont traités par l'acide oxalique, les acides gras séparés à chaud sont décantés, la liqueur filtrée est distillée tant que les produits de la distillation passent troubles ; 2° le résidu débarrassé des acides gras par la chaux, distillé dans le vide, donne un liquide alcalin qui est reçu dans l'acide sulfurique très étendu. Il se forme dans cette opération du sulfate d'ammoniaque ainsi que des sulfates de ptomaïnes ; 3° le sulfate d'ammoniaque est enlevé par cristallisations répétées, et les eaux évaporées presque à sec sont traitées par l'alcool fort qui dissout les sulfates de ptomaïne en respectant le sulfate d'ammoniaque non complètement enlevé ; 4° les sulfates sont alors décompo-

sés par un alcali qui met les alcaloïdes en liberté, et que l'on enlève par le chloroforme, l'éther ou l'éther de pétrole.

Méthode de Pouchet. — Cette méthode, employée par M. Pouchet pour isoler les alcaloïdes des urines normales consiste: 1° à précipiter par le tanin l'urine préalablement rendue alcaline, puis à décomposer les tannates par l'hydrate de plomb en présence de l'alcool; 2° la liqueur filtrée et l'alcool distillé, il reste une masse sirupeuse qui est dialysée; 3° les bases dialysées sont ensuites enlevées par l'éther, le pétrole ou le chloroforme.

Méthode de Brieger. —1° Les matières organiques, finement hachées, additionnées d'eau, sont abandonnées à la putréfaction pendant 5 à 6 jours; 2° la masse, soumise à l'ébullition, filtrée, est précipitée par le sous-acétate de plomb et soumise à un courant d'hydrogène sulfuré qui enlève l'excès de plomb; 3° la liqueur, après avoir été débarrassée du sulfure de plomb, est évaporée presqu'à l'état de sirop, qui est épuisé par l'alcool amylique; 4° l'alcool amylique est évaporé et le résidu repris par l'eau; la solution ainsi formée, concentrée, est acidulée par l'acide sulfurique, et agitée avec de l'éther pour enlever les acides oxyaromatiques, et réduite par évaporation au quart du volume primitif pour séparer les acides gras; 5° l'acide sulfurique est enlevé par la baryte, la baryte en excès par l'acide carbonique, et la liqueur filtrée est chauffée au bain-marie; 6° on laisse refroidir et l'on précipite par le bichlorure de mercure; 7° le précipité est lavé et décomposé par l'hydrogène sulfuré; 8° la liqueur, concentrée par évaporation, laisse déposer des substances inorganiques que l'on sépare et que l'on lave à l'alcool absolu. Il se forme ensuite de longues aiguilles insolubles dans l'alcool pur, la benzine, le chloroforme, mais solubles dans l'eau et l'alcool étendu; 9° les substances cristallisables sont isolées par des précipitations fractionnées par les chlorures d'or ou de platine.

Plus tard, Brieger a abrégé sa méthode de la façon suivante: 1° on fait bouillir les liquides putrides et on les filtre; 2° la liqueur est précipitée par le bichlorure de mercure et filtrée; 3° le précipité et la liqueur sont ensuite traités séparément par l'hydrogène sulfuré, comme il est exposé ci-dessus.

CHAPITRE III.

Description des ptomaïnes obtenues à l'état de pureté parfaite.

Les ptomaïnes ou alcaloïdes animaux, obtenu jusqu'à ce jour à l'état de pureté parfaite, peuvent être divisés en deux grandes classes : 1° ptomaïnes d'origine bactérienne indéterminée; 2° ptomaïnes d'origine bactérienne nettement déterminée. Les premières ont été isolées des matières organiques putréfiées à l'air libre. Les secondes ont été retirées des cultures bien pures de microbes pathogènes.

I.

Ptomaïnes d'origine bactérienne indéterminée.

Suivant que ces alcaloïdes comprennent ou ne comprennent pas l'oxygène parmi leurs éléments constituants, on peut les subdiviser en deux groupes naturels : 1° les alcaloïdes non oxygénés ; 2° les alcaloïdes oxygénés.

Ptomaïnes non oxygénées.

Collidine $C^8H^{11}Az$. — La collidine est le premier alcaloïde putréfactif qui ait été nettement caractérisé comme espèce chimique. C'est Nencki qui l'isola le premier en 1876 à l'état de pureté en analysant un mélange de 600 grammes de gélatine, 200 grammes de pancréas de bœuf et 10 litres d'eau, qui avait été abandonné à la putréfaction pendant 5 jours à 40°. Cette base se présenta à l'état de chloroplatinate cristallisé en belles aiguilles aplaties, très soluble dans l'eau chaude et peu dans l'eau froide. Bayer et Ador avaient déjà obtenu une collidine par synthèse en chauffant à 120° l'aldéhydate d'ammoniaque avec l'urée.

Nencki considère cette ptomaïne comme une isophénylèthylamine :

$$C^6H^5\text{-}CH < \begin{matrix} CH^3 \\ AzH^2 \end{matrix}.$$

Brieger, en remplaçant le pancréas par quelques gouttes d'albumine très putréfiée et de la craie, laissant la putréfaction se faire pendant 10 jours à 35°, n'obtint que de la neuridine en grande quantité et de la diméthylamine. Cette base ne semble donc prendre naissance que dans les conditions où s'est placé Nencki et peut-être n'est-elle qu'une conséquence de la combinaison des éléments de la gélatine avec ceux du pancréas.

Parvoline $C^9H^{13}Az$. — Cette ptomaïne a été découverte en 1881 par MM. Gautier et Etard, dans la viande et le scombre putréfiés. Elle a été obtenue par la méthode imaginée par ces deux chimistes et exposée plus haut.

« C'est une base huileuse, disent les auteurs de la découverte, de cou-
« leur ambrée, d'odeur de fleur d'aubépine, bouillant un peu au-dessous
« de 200°, légèrement soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool,
« dans l'éther et le chloroforme, brunissant et se résinifiant aisément à l'air.
« Son chloraurate est assez soluble, il cristallise en couleur cornée et
« devient rapidement rose à l'air. »

En chauffant à 200°, en tubes scellés, le produit brut de la réaction de l'ammoniaque sur l'aldéhyde propionique, Waage (*Monats für Chemie*, B. 111, p. 693) a obtenu une base $C^9H^{13}Az$, bouillant à 193-196° qui a les plus grandes analogies avec la parvoline de la putréfaction.

Hydrocollidine $C^8H^{13}Az$. — Découverte en 1881 par MM. Gautier et Etard dans les derniers extraits chloroformiques des produits de la putréfaction du scombre. Elle serait aussi la base la plus abondante de la chair putréfiée de cheval et de bœuf. Cet alcaloïde se présente sous la forme liquide presque incolore, légèrement oléagineux, d'une odeur pénétrante

et tenace de seringa, d'une densité de 1,0296 à 0°. Il bout à 210° sans altération. Abandonné à l'air, il brunit lentement et devient visqueux ; il en attire l'acide carbonique.

Son chlorhydrate est très soluble dans l'eau et l'alcool, cristallisé en fines aiguilles et cristaux de neige, neutre, amer. Un excès d'acide le rougit et le résinifie.

Son chloraurate est assez soluble ; il se réduit lentement à froid, mais rapidement à chaud.

Son chloroplatinate est cristallin, jaune pâle, légèrement corné, peu soluble. A chaud, il se dissout et se prend en aiguilles recourbées.

Une *dihydrocollidine* $C^8H^{13}Az$ a été obtenue par MM. Cahours et Etard en traitant la nicotine par le sélénium. Elle bout à 210° comme l'hydrocollidine.

Une autre *dihydrocollidine*, présentant les plus grandes analogies avec l'hydrocollidine, a été obtenue par synthèse par M. Œchsner de Coninck en traitant, en vase clos, par le phosphore et l'acide iodhydrique une collidine qu'il avait découverte dans les produits de l'action de la potasse sur la cinchonine et la brucine.

L'hydrocollidine C^8H^{13} Az. est une substance très vénéneuse. 7 milligrammes suffisent pour donner la mort à un oiseau. Elle détermine du tremblement, des convulsions violentes et des contractions tétaniques. Le cœur est gorgé de sang.

Base $C^{17}H^{38}Az^4$. — MM. Gautier et Etard ont aussi retiré des eaux mères du chloroplatinate d'hydrocollidine, un autre chloroplatinate cristallisé en aiguilles jaunes, soluble. Il peut subir la dessiccation dans le vide, mais à 100° il se décompose en dégageant une odeur de seringa. L'analyse assigne à ce sel la formule : $(C^{17}H^{38}Az^{42}HCL)\,PtCl^4$.

Base $C^{10}H^{15}Az$ ou $C^{10}H^{13}$ Az. — Les auteurs qui ont découvert cette ptomaïne, Guareschi et Mosso, hésitent entre ces deux formules. Ils l'ont retirée en 1883 de la fibrine de bœuf en putréfaction depuis 5 mois en employant la méthode indiquée par MM. Gautier et Etard. De son côté, M. Œchsner de Coninck a retiré dans ces derniers temps (juin 86), du poulpe marin putréfié une base répondant à la formule $C^{10}H^{15}$ Az.

Cette base est huileuse, d'odeur pyridique, se résinifie très facilement, est peu soluble dans l'eau. Elle précipite en blanc jaunâtre avec les acides phosphomolybdique et phosphotungstique ; en blanc avec le bichlorure de mercure. L'acide picrique et le tanin donnent un précipité amorphe. Elle forme du bleu de prusse avec le ferricyanure de potassium et les sels ferriques. Son chlorhydrate cristallisé en fines lames incolores légèrement déliquescentes donne avec le chlorure d'or un précipité cristallin qui se réduit rapidement ; avec le chlorure de platine un précipité abondant, cristallin, inaltérable à 100°.

Neuridine $C^5H^{14}Az^2$. — Cette ptomaïne a été extraite par Brieger, en 1884, d'un grand nombre de matières organiques putréfiées : gélatine, poisson, fromage, cadavre, etc. Elle a pu être retirée dès le 3e jour de la putréfaction du cadavre humain, elle augmente jusqu'au 15e jour, puis disparaît. Elle est presque toujours accompagnée de la choline. Brieger est arrivé à la séparer par l'acide picrique ou le chlorure mercurique. Le picrate, cristallisé en barbes de plume est presque insoluble dans l'eau

froide, peu soluble dans l'eau bouillante, assez soluble dans l'alcool. Il n'est pas fusible, brunit à 230° en émettant des vapeurs et se charbonne complètement à 250°. Cette base forme aussi un chloraurate et un chloroplatinate bien cristallisé. Son chlorhydrate est précipité par les acides phosphotungstique, phosphomolybdique, picrique, le réactif de Schultze, l'iodure double de bismuth et de potassium. Sous l'influence de la soude, il se dédouble en diméthylamine et triméthylamine.

Préparée à l'état de pureté, elle n'est pas toxique.

Cadavérine $C^5H^{16}Az^2$. — Cette base apparait dans le cadavre vers le 3e jour de la putréfaction pour augmenter avec elle. Sa purification est extrêmement laborieuse. Brieger n'a pu l'obtenir que par la méthode spéciale qui a été exposée plus haut. Bœcklisch l'a retirée de la saumure de hareng, et tout dernièrement M. Œchsner de Coninck l'a isolée du poulpe marin en putréfaction.

Libre, cette ptomaïne est un liquide épais, transparent, bouillant à 115-120°, rappelant l'odeur de la coni ne, très avide d'acide carbonique avec lequel elle forme des cristaux. Avec les acides chlorhydrique et sulfurique, elle forme aussi de beaux cristaux solubles dans l'eau, l'alcool, l'éther alcoolisé, mais insoluble dans l'alcool absolu, l'éther. En solution dans l'alcool méthylique, elle fixe l'iodure de méthyle et forme un iodhydrate de *diméthylcadavérine* $C^5H^{14}(CH^3)^2Az^2$ 2 HI. Elle donne un sel double avec le chlorure d'or et avec le chlorure platinique un chloroplatinate rouge clair à cristaux orthorhombiques. Les réactifs ordinaires des alcaloïdes la précipitent.

Cette ptomaïne n'est pas toxique.

Putrescine $C^4H^{12}Az^2$. — Brieger l'a découverte dans le cadavre où elle fait son apparition le 4e jour de la putréfaction, et elle est très abondante vers le 20e jour. Bœcklisch l'a aussi isolée de la saumure de harengs.

Libre, cette base se présente sous forme d'un liquide limpide, mobile, d'odeur spermatique rappelant un peu les bases pyridiques, bouillant à 135° et passant difficilement avec la vapeur d'eau. Elle a une grande affinité pour l'acide carbonique, avec lequel elle forme un carbonate cristallisé. Elle présente toutes les réactions des alcaloïdes.

Son chloroplatinate est en paillettes microscopiques peu solubles dans l'eau froide, ressemblant à celles de la cholestérine. Son chorhydrate, chauffé avec le nitrate de potasse, forme un dérivé dinitrosé que Brieger considère comme une *éthylène-diméthyldiamine* construit ainsi :

$$C^2H^4 < \begin{matrix} AzH.CH^3 \\ AzH.CH^3 \end{matrix}$$

Cette base n'est pas toxique.

Saprine. — Brieger a encore isolé une ptomaïne dont la composition centésimale est la même que celle de la cadavérine. Toutefois, la saprine présente un ensemble de caractères qui permettent d'en faire une substance spéciale. Ainsi, le chloroplatinate est cristallisé en aiguilles soyeuses plates parallèles, il ne se liquéfie pas à l'air. Enfin, cette base ne forme aucune combinaison avec le chlorure d'or, contrairement à la cadavérine. Elle présente toutes les réactions des alcaloïdes.

Cette base n'est pas toxique.

Mydaléine (μυδαλεοσ, putréfaction humide). — Cette base a été trouvée par Brieger dans les eaux mères d'où avaient été extraites les ptomaïnes ci-dessus. Elle n'existe en quantité isolable dans le cadavre que vers la fin du 7e jour de la putréfaction. Le précipité qu'elle forme avec le chlorure de platine n'est insoluble que dans l'alcool absolu. Son chlorhydrate cristallise très difficilement et se liquéfie rapidement à l'air. Comme la précédente, elle présente les réactions des alcaloïdes. D'après l'analyse centésimale qui en a été faite, il est à supposer que sa molécule renferme 4 à 5 équivalents de carbone, ce qui la place très près des bases précédemment décrites.

Cette ptomaïne est très toxique. Quelques milligrammes administrés en injection sous-cutanée à des lapins et à des cobayes ont suffi pour déterminer rapidement de la sécrétion nasale, buccale, lacrymale, de la diarrhée, de la dilatation des pupilles et des vaisseaux de l'oreille, une élévation de température de 1 à 2°, des frissons, le hérissement des poils, l'accélération de la respiration et de la circulation, de la somnolence, de l'adynamie. Cinq milligrammes donnent infailliblement la mort à un chat qui présente, en outre des phénomènes ci-dessus, une sueur très abondante. Le cœur s'arrête toujours en diastole.

Une *autre base* moins toxique que la précédente a été isolée par Brieger des eaux mères de la mydaléine à l'état de sel de platine cristallisé en fines aiguilles très petites et très peu solubles et accusant à l'analyse 31, 30 0/0 de platine.

En injection sous-cutanée, elle produit chez le cobaye une grande exaltation des mouvements péristaltiques de l'intestin qui se continue pendant plusieurs jours en occasionnant une diarrhée abondante. Brieger n'a pas encore assigné de nom à cette ptomaïne.

Ptomaïnes oxygénées.

Neurine ou *névrine* $C^5H^{13}AzO$. — Cette base avait déjà été retirée de la substance nerveuse fraîche. Brieger, en 1884, l'a isolée du cadavre en putréfaction. Elle serait un produit de dédoublement direct de la choline qui elle-même constitue un des principaux produits de dédoublement de la lécithine, substance très abondante dans l'organisme. Elle diffère de la choline avec laquelle on l'a longtemps confondue par une molécule d'eau en moins que les bactéries de la putréfaction enlèveraient à cette dernière. Elle serait un *hydrate de triméthylvinylammonium*, la choline étant un *hydrate de triméthyléthylènammonium*. La première est une base *vinylammonique*, la seconde une base *oxéthylammonique*.

La neurine libre est sirupeuse, soluble dans l'eau en toute proportion. Elle forme un sel double de platine cristallisé en aiguilles se liquéfiant rapidement à l'air et un sel double d'or qui, traité par l'hydrogène sulfuré, donne un chlorhydrate de neurine.

La ptomaïne libre ainsi que tous ses sels sont éminemment toxiques. 1 à 2 milligrammes tuent rapidement une grosse grenouille, 4 milligrammes un lapin. Chose remarquable, les chats sont encore beaucoup plus sensibles à ce poison. Les principaux troubles se traduisent par les phénomènes suivants : sorte de paralysie curarique que l'excitation électrique ne peut vaincre, d'abord suractivité, puis ralentissement et arrêt

du cœur en diastole (la ligature du vague n'a aucune influence sur le travail du cœur), hypersécrétion dans toutes les glandes, accélération, puis ralentissement arythmique de la respiration, rétrécissement considérable de la pupille, violents mouvements péristaltiques dans l'intestin avec contractions tétaniques partielles évacuations abondantes, émission de sperme et d'urine, sueur abondante chez le chat, contraction de la rate qui prend un aspect rugueux. Cette substance qui a une action si considérable sur les fibres lisses de l'intestin ne paraît en avoir aucune sur celles de la vessie et de l'utérus : des lapines en état de gestation n'ont pas avorté.

D'après Brieger, Cervello, l'atropine serait un antidote puissant de la neurine putréfactive. Une faible quantité suffit pour faire cesser rapidement le rétrécissement de la pupille et arrêter les sécrétions.

Choline $C^5H^{15}AzO^2$. — Cette base est un *hydrate de triméthylhydroxéthylènammonium* de la constitution $\begin{matrix}(CH^3)^3\\C^2H^4\text{-}OH\end{matrix}>Az.OH$. Strecker l'a isolée de la bile et Bayer lui a assigné la formule ci-dessus. Wurtz en a fait la synthèse en traitant la triméthylamine par l'oxyde d'éthylène. Elle se forme aussi bien pendant la vie normale que pendant la putréfaction, ce qui permet de la considérer à la fois comme une leucomaïne et comme une ptomaïne. Brieger l'a isolée à l'état de picrate en traitant les eaux mères de la neuridine. Bœcklisch l'a également rencontrée dans la saumure de harengs. Il est fort difficile de la séparer de la neurine dont elle est très voisine. Cette séparation ne peut s'effectuer avec quelque facilité qu'à l'état de chloroplatinate qui est moins soluble que le sel correspondant de la neurine. La choline diffère de la neurine en ce que son chlorhydrate précipite abondamment par l'acide phosphotungstique et ne donne rien avec l'acide tannique. C'est l'inverse qui se fait avec le chlorhydrate de neurine.

La choline libre est un liquide sirupeux, soluble dans l'eau, donnant des sels bien caractérisés avec les acides.

Elle produit les mêmes effets que la neurine, mais pour cela il faut employer des doses dix fois plus fortes.

Muscarine $C^5H^{13}AzO^2$. — Découverte en 1870 par Schmiedeberg et Koppe dans l'*Agaricus muscarius* ; obtenue par synthèse par Schmiedeberg et Hartnach en oxydant la choline par l'acide nitrique, Brieger l'a rencontrée à l'état de chloroplatinate dans les eaux mères provenant du traitement de la petite morue putréfiée. Cette substance est fortement alcaline, cristallisée, déliquescente, très avide d'acide carbonique. Elle forme des sels cristallisés avec les chlorures platinique et aurique.

Les propriétés physiologiques de la muscarine putréfactive sont tout à fait semblables à celles de la muscarine végétale. L'atropine est son antidote.

Gadinine (de gadus callarias, petite morue) $C^7H^{16}AzO^2$. — Alcaloïde nouveau que Brieger a isolée des eaux mères d'où il venait de tirer la muscarine putréfactive. Son chloroplatinate se présente sous la forme de paillettes jaune d'or, peu solubles dans l'eau. Son chlorhydrate est formé de grosses aiguilles incolores, très solubles dans l'eau, mais insolubles dans l'alcool. Son chlorure forme des combinaisons doubles cristallines avec les acides phosphotungstique, phosphomolybdique et pi-

crique. Cette substance ne diffère que par 2H en plus de la composition d'un acide aminœnanthylique. Elle n'est pas toxique.

Bases. $C^7H^{18}Az^2O^6$ et $C^5H^{12}Az^2O^4$. — M. G. Pouchet a extrait ces bases, en 1880, en traitant, par une méthode qui lui est spéciale et qui a été exposée plus haut, les eaux résiduaires provenant du traitement industriel par l'acide sulfurique des débris d'os, viandes, déchets organiques de toute espèce.

Ces alcaloïdes forment des chloroplatinates que leur inégale solubilité dans l'alcool a permis de séparer.

La ptomaïne $C^7H^{18}Az^2O^6$ se présente sous forme de gros prismes, courts, très altérables. La ptomaïne $C^5H^{12}Az^2O^4$ forme des pinceaux d'aiguilles fines un peu moins altérables que les prismes ci-dessus. Ces deux bases présentent les mêmes réactions que les alcaloïdes végétaux. La couleur bleue que produit l'ammoniaque en présence du précipité obtenu par le phosphomolybdate de soude porte à rapprocher ces alcaloïdes de l'aconitine.

Ces deux ptomaïnes auraient la propriété d'empêcher les mouvements réflexes de se produire.

M. G. Pouchet a encore obtenu un certain nombre de substances très intéressantes qui seront exposées dans le groupe des leucomaïnes où elles sont rangées.

Mydatoxine $C^6H^{13}AzO^2$. — Cet alcaloïde a été trouvé par Brieger à côté de la cadavérine, de la putrescine, etc., dans les produits de la putréfaction des viscères humains et de la chair de cheval. Elle a été extraite à l'aide de la méthode ordinaire employée par Brieger. Son chlorhydrate est fusible à 193°. Il ne se combine qu'au chlorure de platine et à l'acide phosphomolybdique.

Cette ptomaïne est peu toxique.

Mydine $C^8H^{11}AzO$. — N'a été extraite par Brieger que des viscères humains. Elle présente un pouvoir réducteur extrêmement prononcé. Elle réduit instantanément les sels d'or et se décompose par la distillation. On ne peut obtenir de combinaison maniable qu'avec l'acide picrique, qui donne un picrate fondant à 195°.

Cette substance n'est pas toxique.

Méthylgadinine. — Substance basique présentant les réactions des alcaloïdes, trouvée à côté de la mydatoxine dans la chair du cheval putréfiée. A la dose de 1 centigramme injectée dans le sac lymphatique de la grenouille, elle détermine des contractions fibrillaires débutant par les muscles du dos, prenant bientôt tous les autres et suivies de convulsions tétaniques. Elle arrête le cœur en diastole. A faible dose, elle ne produit que des troubles passagers peu marqués.

Brieger a aussi retiré de la chair de cheval putréfiée une substance de la composition $C^7H^{17}AZO^2$ qui ne peut être rangée parmi les alcaloïdes parce qu'elle présente une réaction légèrement acide. Elle est intéressante en ce qu'elle détermine des effets analogues à ceux produits par le curare.

Mytilotoxine $C^6H^{15}AZO^2$. — Alcaloïde extrait par Brieger des moules avariées. Cette base est résineuse, elle forme avec le chlorure d'or un sel cristallisable fondant à 182°. Son chlorhydrate cristallisé en tétraèdre est extrêmement toxique ; des doses infimes suffisent pour déterminer tous

les désordres signalés dans l'empoisonnement par les moules. Cette substance, qui a été isolée des moules dont il est fait mention (p. 302) n'a pu être retrouvée dans des moules ordinaires, que l'on avait fait putréfier dans l'espoir de la reproduire.

A côté de cette substance s'en trouvent deux autres : la *bétaïne* ou *oxycholine* $C^5H^{12}AzO^2$, également fortement basique, mais nullement toxique et une base qui détermine de la sialorrhée comme dans les empoisonnements par les mollusques.

Brieger a encore rencontré, au cours de ses recherches sur les produits de la putréfaction animale, un grand nombre d'autres substances basiques. Parmi les mieux caractérisées on remarque la *méthylamine*, la *diméthylamine*, la *triméthylamine*, la *diéthylamine* et l'*éthylène-diamine*, toutes substances bien définies, antérieurement obtenues par synthèse ou par analyse, et bien connues depuis longtemps. Aucune de ces substances n'est à proprement parler toxique, car il faut en administrer de très fortes doses pour déterminer la mort ou seulement des troubles fonctionnels. Une autre substance alcaloïdique mérite encore une mention spéciale, la *peptotoxine*. Cette base a été retirée de la peptone. Elle se comporte comme les alcaloïdes végétaux en présence de leurs réactifs les plus usités et présente des effets curarisants nettement accusés. Bien que Brieger n'ait pu la rencontrer qu'une seule fois parmi les échantillons de peptone qu'il a analysés, je crois cependant devoir la signaler à cause de la grande consommation de peptones que l'on fait de nos jours. Enfin, d'autres produits basiques volatiles ont été obtenus par distillation des liqueurs mères d'où avaient été isolés les alcaloïdes précédents, mais elles n'ont encore reçu aucun nom et sont trop imparfaitement connues pour être décrites.

II.

Ptomaïnes d'origine bactérienne déterminée (microbes pathogènes).

La recherche des *toxines* sur les cadavres d'individus morts de maladies contagieuses étant généralement illusoire, Brieger a entrepris de les isoler des milieux qui avaient servi à cultiver les microbes pathogènes. Pour faire ces cultures, il a eu soin de choisir des substances se rapprochant autant que possible des éléments nutritifs normaux de l'organisme; il a employé de préférence la chair humaine elle-même.

Les recherches ont porté tout d'abord sur les bouillons de culture du *staphylococcus pyogenes aureus* et du streptococcus pyogenes. Mais il n'a pu obtenir aucun produit toxique. Dans le premier cas, il a trouvé surtout de la *xanthine*, de la *créatinine* et une base non toxique dont il n'a pu déterminer la composition faute de matière. Dans le second cas, il a retiré de l'*ammoniaque*, de la *xanthine*, et surtout de la *triméthylamine*.

Ptomaïne du bacille de la fièvre typhoïde. Typhotoxine $C^7H^{17}AzO^2$. — Brieger a été plus heureux, avec les bouillons de culture du bacille de la fièvre typhoïde, en isolant la typhotoxine. Cette base est une isomère de la substance légèrement acide retirée de la chair de cheval putréfiée et citée plus haut. Toutefois elle se distingue de cette sub-

stance par sa réaction alcaline et par la coloration jaune qu'elle prend avec le réactif d'Ehrlich, la substance en question restant incolore.

Cette ptomaïne forme un sel d'or qui cristallise en prismes et fond à 176°. Son chlorhydrate donne un précipité jaune cristallin avec l'acide phosphomolybdique, un précipité blanc cristallin avec l'acide phosphotungstique. L'iodure de cadmium et de potassium, l'iodure de mercure et de potassium, l'iodure de potassium iodé, l'acide iodhydrique iodé forment avec ce chlorhydrate des gouttelettes huileuses non cristallines.

Ptomaïnes du bacille du tétanos. — Les recherches sur le tétanos ont encore été plus fructueuses. Déjà Nicolaïer avait reproduit le tétanos avec des cultures de bacilles ; Rosenbach, de son côté, avait reproduit la même maladie en introduisant sous la peau d'animaux des parcelles de nerf provenant du pourtour d'une plaie du pied compliquée de tétanos.

Les alcaloïdes suivants ont été isolés :

Tétanine $C^{13} H^{30} Az^2 O^4$. — Cette base a été retirée par Brieger des bouillons de viande de bœuf où il avait cultivé le *bacille du tétanos*. Son chlorhydrate est très déliquescent. Elle ne se combine qu'avec le platine et l'acide phosphomolybdique. Cette dernière combinaison est cristalline et devient blanche par addition d'ammoniaque lorsqu'elle est pure. Mais, si elle est impure, elle se résinifie rapidement et bleuit au lieu de blanchir par addition d'ammoniaque. En présence du ferricyanure et du perchlorure de fer, elle ne bleuit que lentement.

La tétanine est très toxique. Elle produit les mêmes effets que l'inoculation du bacille du tétanos, mais naturellement beaucoup plus rapidement. La base libre agit plus énergiquement que son chlorhydrate.

De fortes doses déterminent presque immédiatement de violentes convulsions toniques et cloniques qui ne cessent qu'avec la mort.

Deux phases distinctes caractérisent cette intoxication. Tout d'abord, les animaux sont abattus, léthargiques et se meuvent difficilement. Puis ils deviennent subitement inquiets, le diaphragme se contracte énergiquement, la respiration s'accélère. C'est alors que commence la deuxième période qui est dominée par des convulsions cloniques et surtout toniques, au milieu desquelles survient la mort.

Il est à remarquer que de petites doses ne déterminent pas chez les souris cette deuxième phase et n'affectent aucunement les cobayes. Les grenouilles sont moins sensibles que les souris.

Tétanotoxine $C^5 H^{11} Az$. — Cette base a été obtenue par la distillation des cultures alcalines du bacille du tétanos. La formule ci-dessus a été déterminée en opérant sur les sels d'or et sur les sels de platine. Pure, elle est volatile, bout à 100°, exhalant une odeur désagréable. Brieger est porté à penser que l'on se trouve probablement en présence d'une valérylamine.

Cette ptomaïne n'est pas aussi toxique que la précédente. Les désordres ne commencent à se montrer que 10 à 20 minutes après l'injection sous-cutanée. Ils se traduisent tout d'abord par quelques mouvements dans les muscles de la région piquée, puis les contractions deviennent généralisées et énergiques. L'animal montre de l'inquiétude, des frissons, de la dilatation des pupilles ; un hérissement de tout le système pileux, d'abord une accélération, puis du ralentissement du cœur et de la respiration ; il s'affaiblit, titube, est agité par des convul-

sions généralisées dont l'intensité augmente avec l'adynamie et qui se terminent par la mort. A ce moment, la température est augmentée de 2° environ.

Spasmotoxine. — Nouvelle base qui forme un platinate accusant 30,6 0|0 de platine, fondant à 210°. Son chlorhydrate est très soluble et très toxique. Il tue les animaux en déterminant de violents spasmes et des convulsions toniques et cloniques. Cette ptomaïne paraît être très voisine de la cadavérine.

Une quatrième toxine a été trouvée à côté de la précédente. Son sel de platine est formé de paillettes et se décompose à 240°; son chlorhydrate, très déliquescent, détermine nettement les symptômes du tétanos et produit de plus une abondante sécrétion de salive et de larmes, phénomènes qui n'ont pas été observés avec les autres ptomaïnes citées ci-dessus.

Ces deux dernières toxines n'ont pas été obtenues en quantité suffisante pour qu'on ait pu en faire l'analyse centésimale.

Il est à remarquer que toutes ces toxines se forment dans les bouillons de culture avec dégagement d'hydrogène sulfuré, ce qui porte à croire que le même phénomène doit se passer dans l'organisme.

Ces ptomaïnes ne paraissent pas être éliminées par les urines, car des recherches faites sur les urines de malades atteints de tétanos n'ont pu en déceler la plus petite trace. De plus, leur urine, administrée en injection sous-cutanée est toujours restée sans effet.

Ptomaïnes du bacille du choléra. — Enfin Brieger ne pouvant s'arrêter dans une voie qui lui avait été jusque-là si féconde dirigea ses recherches sur le choléra.

Déjà, quelques auteurs l'avaient précédé dans la question. Bouchard, Koch, etc., avaient émis l'opinion que les phénomènes spécifiques des processus cholériques devaient être dus à la formation de substances toxiques dans l'intestin ; que ces poisons amenaient ainsi rapidement la mortification de l'épithélium et des autres couches superficielles de la muqueuse digestive; que se répandant, par absorption, dans tout l'organisme et particulièrement dans les organes de la circulation, ils en paralysaient l'action.

Koch, van Ermengen, inoculant des cultures de bacilles virgules à des cobayes, avaient obtenu en *quelques minutes* des désordres que l'on n'observe d'ordinaire qu'au bout de deux jours chez les personnes frappées de choléra.

Cantani avait établi expérimentalement que les bouillons de culture stérilisés n'en conservent pas moins leurs propriétés toxiques.

G. Pouchet, en épuisant les déjections de cholériques par le chloroforme, avait extrait une base liquide incolore, exhalant l'odeur des bases pyridiques, fortement alcaline, et présentant les réactions des alcaloïdes. M. Pouchet, intoxiqué par cette base en essayant de la transformer en chlorhydrate au bain-marie, avait pu constater sur lui-même un certain nombre de troubles observés dans le choléra.

M. A. Villiers, analysant par la méthode de Stas différents organes de cholériques provenant du service de M. le professeur Hayem, avait trouvé en quantité notable dans l'intestin une base énergique liquide,

âcre, exhalant l'odeur d'aubépine et présentant la réaction des alcaloïdes végétaux.

Nicati et Rietsch avaient également obtenu, par la méthode de Stas, en opérant sur des cultures du sang et de différents organes de cholériques une toxine convulsivante et produisant l'abaissement de la température.

Klebs et Lange avaient extrait des cultures de *vibrions cholériques* une autre toxine qui, injectée dans le sang, chez le lapin, produisait des tremblements musculaires, des convulsions générales et la mort.

Brieger a donc essayé à son tour d'isoler à l'état de pureté la ptomaïne du choléra.

Il a opéré par sa méthode ordinaire sur des cultures de bacilles virgules. Il en a isolées six bases, dont plusieurs sont déjà connues :

Une *méthylguanidine* $C^2 H^7 Az^3$ très convulsivante et très toxique, une 1re *toxine* de la formule $C^2 H^8 Az^2$ également très convulsivante et voisine de la triméthylènediamine ; une 2e *toxine*, à laquelle il n'a pu attribuer de formule faute de matière, mais qui se distingue par les propriétés qu'elle possède de produire de la paralysie, de l'algidité, le ralentissement du cœur et de la respiration, enfin des selles sanguinolentes. Brieger a isolé de plus des cultures du bacille virgule de la *choline* en quantité notable après une longue incubation ; enfin de la *cadavérine* et de la *putrescine*. Bien que ces deux dernières bases ne soient que peu ou pas toxiques, il est cependant à remarquer, d'après les récentes recherches de Scheuerbert, de Grawitz, de Fleischer, qu'elles peuvent jouer un rôle assez important dans le choléra. Ces auteurs ont démontré en effet que, mises en contact avec la muqueuse intestinale, elles y produisent une inflammation vive et de la nécrose épithéliale, fait qui est bien de nature à étayer l'opinion de Koch et de Bouchard citée plus haut. En somme, il est probable que chacune de ces bases contribue, suivant ses propriétés, à la production des désordres fonctionnels et des lésions du choléra. (*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1887.

A

Abcès. — Du traitement des abcès par congestion, par Tansini. (*Gazz. d. ospit.*, n° 64.) — Abcès froid traité par l'injection d'éther iodoformé; sphacèle limité de la peau : extension de la tuberculose locale, par A. Mignon. (*Arch. méd. milit.*, novembre, p. 364.) — Traitement des abcès du psoas par l'incision lombaire postérieure, par Sayre. (*Cong. internat. Washington.*) — Sur les abcès tuberculeux périhépatiques et sur le traitement qui leur convient. Résection de la portion abdominale du thorax, par Lannelongue. (*France méd.*, 14 juin.)— Abcès sous-phrénique, opération, guérison, par Lauenstein. (*Soc. méd. de Hambourg*, 4 avril.) —Note sur le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale ou espace pelvi-rectal inférieur par l'incision simple, par Foubert. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 428.)

Abdomen. — Plaie de l'abdomen par coup de pistolet, laparotomie et suture de l'intestin, par Kinloch. (*Med. news*, 16 juillet.) — Plaies par armes à feu de l'abdomen, par Parkes. (*Cong. intern. Washington.*) — Plaies par coups de feu de l'abdomen, par Manly. (*Cong. internat. Washington.*) — Du traitement des plaies pénétrantes par armes à feu de l'abdomen, par Schlag. (*Thèse de Greifswald*, 1886.) — Plaie par balle de pistolet de l'abdomen, intéressant le foie, l'estomac, la veine mésentérique supérieure, l'intestin et le rein. Laparotomie, néphrectomie, mort au 15e jour, par W. Keen. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 634, 4 juin.) — Laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de pistolet avec intégrité des viscères, par John Skelly. (*Annals. of surgery*, juillet, p. 49.)—Inflammation suppurée du muscle iliaque, symptômes d'état typhoïde avec ataxo-adynamie, mort, par Ranzier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 13 août.) — Sur quelques cas rares de maladies de l'abdomen, par Pennato. (*Riv. veneta di. sc. med.*, juin.) — Deux cas de fistule ombilicale par calculs, par Bufalini. (*Raccoglitore med.*, n° 16.) — Tumeur verruqueuse, papillome de l'ombilic chez une femme; hémorragies en nappe lors des menstrues; ligature élastique; guérison, par Bousquet. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 422-423.) — Tumeur abdominale de diagnostic douteux, par Glaser. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 640.)— Valeur thérapeutique des fistules péritonéo-cutanées et drainage permanent dans l'ascite chronique, par Truc. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 29.) —Trois cas de kystes de l'abdomen consécutifs à des traumatismes, par Godlee. (*Brit. med. Journ.*, p. 1099, mai.) — Analyse d'un liquide d'ascite d'aspect chyleux, par Macquaire. (*Journ. de pharm.*, 15 septembre.)—Trente-

quatre paracentèses dans un cas d'ascite par refroidissement, par MICELI. (*Rivista clinica e terapeutica*, août.)

Absorption. — De l'absorption cutanée, par DE VARIGNY. (*Bull. méd.*, 28 août.) — Influence du système nerveux sur les phénomènes d'absorption, par BACULO. (*Cong. de Pavie*, septembre.)

Accouchement. — Organisation de l'enseignement pratique des accouchements, par BUDIN. (*Bull. méd.*, 13 novembre.) — Statistiques du service d'accouchement, par BUDIN. (*Progrès méd.*, 18 juin.) — Du fonctionnement de la maternité de Lariboisière et des résultats obtenus depuis 1882 jusqu'à 1887, par PINARD. (*Ann. de gyn. et d'obst.*, juin.) — Action comparée de l'hypnotisme et du chloroforme dans l'accouchement, par EYRIÉS. (*Marseille méd.*, 30 juin.) — Étude des causes déterminantes de l'accouchement à terme et de l'avortement, par GARIMOND. (*Montpellier méd.*, 1er septembre.) — De la conduite à tenir pendant la demi-heure qui suit la sortie du fœtus, par PINARD. (*Gaz. des hôp.*, 10 novembre.) — Des moyens de provoquer l'accouchement, par PINARD. (*Bull. méd.*, 9 novembre.) — De la conduite à tenir dans les positions occipito-postérieures, par CH. BOISLINIÈRE. (*Journ. of Amer. assoc.*, 13 août, p. 193.) — Note sur un cas de présentation primitive de la face, par OLIVIER. (*Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, juillet.) — Traitement de la délivrance, par W. FREUND. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Pneumatose gastro-intestinale au cours du travail, par BOUCHACOURT. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mai.) — Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenue en dehors du travail, par MAYGRIER. (*Progrès médical*, 11 juin.) — Sur un cas de fibrome compliquant l'accouchement, par AUVARD. (*Union médicale*, 2 juin.) — Aplatissement du bassin nécessitant une application de forceps chez une femme ayant eu antérieurement quatre accouchements naturels, par BOURGUET. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 16 juillet.) — Cystokolpocèle compliquant le travail et la grossesse, par BUSEY. (*Americ. gynec. soc.*, 13 septembre.) — De la mort subite pendant le travail, par F. DUNLAP. (*Journ. of Amer. assoc.*, 10 septembre, p. 330.) — Leçons sur les causes de la mort intra-utérine, par W. PRIESTLEY. (*Brit. med. Journ.*, p. 660, mars.) — Utérus semiloculaire chez une multipare, dont cinq grossesses sur neuf ont été compliquées d'hémorragies et suivies de délivrance artificielle, par E. BLANC. (*Lyon méd.*, 31 juillet.) — Dystocie par rétrécissement du pelvis compliquée de la présence d'un kyste pré-utérin, par ZANTIOTIS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 octobre.) — Accouchement artificiel provoqué par le procédé de Kraus, par F. MONOD. (*Assoc. française*, *Cong. de Toulouse.*) — Un cas de spondylizème, description de la pièce pathologique, par GRYNFELLT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 36.) — De la dystocie par brièveté et enroulement du cordon, par F.-A. KING. (*Journ. of Amer. assoc.*, 24 septembre, p. 398.) — Hydrocéphalie comme complication du travail, par SWAYNE. (*London obst. soc.*, 2 novembre.) — Dystocie par accumulation fécale, par BUSEY. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre 1886.) — De l'accouchement prématuré artificiel chez la femme à bassin vicié, par VERCHÈRE. (*France médicale*, 2 août.) — Note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie, par RIBEMONT-DESSAIGNES. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Des cas de dystocie dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus, par DESMONTILS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des bains très chauds comme moyen de provoquer l'avortement, par HOFFMANN. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 32, 1886.) — État actuel de l'antisepsie obstétricale, par W. BOKELMANN. (*Berlin. klin.*, *Woch.*, 12 septembre.) — Des injections d'eau chaude en obstétrique, manuel opératoire, par LORAIN. (*Rev. méd. de l'Est.* 15 octobre.) — Des accidents possibles de

l'injection intra-utérine après l'accouchement, par Roulin. (*Union médicale*, 3 septembre.) — Du viburnum prunifolium en obstétrique, par Auvard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 août.) — De l'emploi du sublimé en obstétrique, par von Irabo. (*Arch. f. Gynœk.*, XXX, 1.) — Simplification de la technique de l'antisepsie obstétricale, par Cooke Hirst. (*Med. news*, 3 sept.) — Antisepsie obstétricale, par Le Fort. (*Bull. méd.*, 24 août.)

Acné. — Traitement de l'acné, par Brocq. (*Rev. de clin. et thérap.*, 7 juillet.)

Actinomycose. — Actinomycose abdominale chez l'homme, par Raffa. (*Riv. veneta di sc. med.*, juin.) — De l'actinomycose cutanée de l'homme et de quelques animaux, par Majocchi. (*Congrès de Pavie*, septembre.)

Addison (Mal. d'). — Pathogénie et étiologie de la maladie d'Addison, revue. (*La Riforma med.*, 2 septembre.) — Maladie d'Addison, par Sainsbury. (*London pathol. soc.*, 1er nov.) — Bacilles tuberculeux dans les capsules surrénales dans la maladie d'Addison, par M. Goldenblum. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* CIV, H. 2, p. 393.)

Adénine. — Répartition de l'adénine dans les organes des animaux, par F. Kronecker. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 1, p. 207.)

Albumine. — Agents pyrétiques, albumose, peptone et neurine, par Ott et Collmar. (*Journ. of physiol.*, VIII, 3 et 4.) — Action anticoagulante des peptones, par Campbell. (*Studies from biol. Laborat.*, IV, n° 1.)

Albuminurie. — Conditions pathogéniques de l'albuminurie, par Semmola. (*Med. news.*, 15 octobre.) — De l'albuminurie cyclique, par Canfield. (*Med. news*, 30 juillet.) — De l'albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets, nouv. obs., par J. Teissier. (*Bull. méd.*, 23 octobre.) — Albuminurie de la grossesse, décollement des deux rétines, guérison par Wadsworth. (*Americ. opht. soc.*, 20 juillet.) — De l'albuminurie intermittente périodique, revue critique, par W. Dubreuilh. (*Revue de médecine*, 10 août.) — Rapports de l'albuminurie avec les affections du placenta, par Wiedow. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — L'albuminurie et la cataracte, par Evetsky. (*Arch. d'opht.*, n° 4.) — Traitement de l'albuminurie, par James Andrew. (*The Practitioner*, juillet.) — Du régime dans l'albuminurie, par T. Grainger Stewart. (*Ibid.*, août.)

Alcaloïde. — Sur un nouvel alcaloïde artificiel, par Louise. (*Thèse de Lyon*, n° 382.)

Alcool. — Remarques sur l'emploi thérapeutique de l'alcool, par Gingeot. (*Rev. de clin. et thérap.*, 21 juillet.) — Les nouvelles recherches sur l'alcool éthylique, par C. Binz. (*La Medicina contemporanea*, juin.) — De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, par Laborde et Magnan. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 8.) — Influence de l'alcool sur la durée de la vie, par Drysdale. (*Rev. scientif.*, 1er octobre.) — Le régime actuel des boissons alcooliques et le monopole de l'alcool devant l'hygiène, par Hugounenqo. (*Province médicale*, 24 sept.)

Alcoolisme. — Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel, par Moulinée. (*Th. de Bordeaux.*) — L'alcoolisme, par Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juillet.) — Sur les troubles de la sensibilité cutanée chez les alcooliques, par Grasset. (*Thèse de Bordeaux.*) — Trouble visuel complexe dans l'alcoolisme, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 septembre.) — James Jackson et les paralysies alcooliques (historique), par Gilles de La Tourette. (*Arch. de neurol.*, mai, p. 381.) — Des idées am-

bitieuses dans l'état mental consécutif à la folie alcoolique, par Dupuy. (*Thèse de Bordeaux.*)

Aliénation. — Le patronage familial des aliénés, par Féré. (*Rev. scientif.* 5 nov.) — De la dipsomanie et des habitudes alcooliques, et de leur traitement par l'hypnotisme, par A. Voisin. (*Revue de l'hypnotisme,* août.) — Mesures préventives contre l'alcoolisme, par Guillaume. (*Revue d'hyg.* IX, 923, octobre.) — Les remèdes à l'alcoolisme en Belgique, par Cauderlier. (*Broch., Bruxelles,*) — Considérations sur la psychiatrie en Amérique, appuyées sur une étude de la statistique de l'aliénation mentale dans le comté de Cook, par Kiernan. (*Journ. of ment. sc.*, juillet, p. 190.) — Recherches statistiques sur les aliénés de l'asile de Nocera, par Limoncelli. (*Il Manicomio*, n° 1.) — Une visite dans les principaux asiles d'aliénés de France, par Ricco. (*Il Manicomio*, n° 1.) — La nouvelle loi sur les aliénés, par Deny. (*Semaine méd.*, 24 août.) — Les aliénés devant l'opinion et devant la loi, aperçu critique et philosophique sur le nouveau projet de loi, par Carrier. (In-8°, 47 p., *Lyon.*) — La loi sénatoriale sur les aliénés, par E. Marandon de Montyel. (*Annales d'hyg. publ.*, XVIII, p. 235, sept.) — Des intervalles lucides considérés dans leurs rapports avec la capacité civile des aliénés, par Régis. (*Encéphale*, n° 2.) — De quelques affections mentales de l'enfance et de la jeunesse, par Down. (*Londres.*)— Essai de classification des formes de folie, par Conolly Norman. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 228, mars.) — Des hallucinations persistantes chez les aliénés, par John Molony. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 333, avril.) — Études microscopiques sur les aliénés, recueil de 15 observations, précédé d'un rapport médico-légal sur un prévenu soupçonné d'irresponsabilité, par Chadsynzki. (Broch., *Auxrre.*)— Un cas de folie religieuse à cinq, par Taguet. (*Ann. méd. psych*, juillet.)—De l'usage des sédatifs dans l'aliénation mentale, par Geo. H. Savage. (*The Practitioner*, vol. XXXVII, p. 185.)— Danger et prophylaxie des infections septiques chez certains aliénés, par Karl Scholder. (*Thèse Zurich,* 1886.) — Les aliénés incendiaires, par Busdraghi. (*Arch. di psychiat.*, VIII, 3.)— État de la digestion stomacale chez les aliénés mélancoliques, par von Noorden. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mai.) — Examen des yeux chez un millier d'aliénés, par Lautenbach. (*Med. news*, 22 octobre.) — Le traitement des cas récents de folie dans les asiles privés et publics par Blandford. (*Med. news*, 24 sept.)

Alimentation. — Produits servant à être substitués aux épices, par Hanausek, (*Rev. int. des falsific.*, n° 1.) — Mesures internationales contre les falsifications des denrées alimentaires, par Caro, Nilger et van Hamel. (*Ibid.*, n° 1.) — Quelques renseignements sur les mesures contre les falsifications alimentaires en Espagne, par Caro. (*Ibid.*, n° 1.) — Les falsifications des substances alimentaires, par Caro, van Hamel, Roos. (*Rev. d'hyg.*, IX, 8 5 et 866, octobre.) — De l'alimentation végétarienne exclusive ou prépondérante dans ses rapports avec l'état de santé et de maladie, par Abbos Helmy. (in-8°, *Montpellier.*) — Action physiologique de la créatine, de la créatinine, et de quelques autres matières extractives, par Thomas J. Mays. (*The Practitioner*, octobre.) — De l'absorption des aliments dans quelques maladies, par Muller. (*Berlin. klin. Woch.,* 9 mai.) — Du régime alimentaire (traitement hygiénique des malades), par L. Picquechef. (*France médicale,* 10 mai.) — Alimentation rectale avec l'entéroclisme, par Muselli. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 août.)

Allaitement. — De l'allaitement des nouveau-nés et de leur alimentation artificielle, par Artémieff. (*Arch. de tocol.*, 15 octobre.)

Amnios. — Pseudohydramnios, par Boyd. (*Brit. gyn. Soc.*, 12 oct.)

Amputation. — Les principes généraux des amputations, par Fred. S. Dennis. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 505, 7 mai.) — Les amputations partielles du pied doivent-elles être abandonnées, par Cathcart. (*Med. chir. soc. of Edinburgh*, 2 nov.) — Des amputations à lambeaux cutanés, par Meurer. (*Thèse de Lyon*, n° 378.) — Désarticulation de l'épaule, par arrachement, par Boyé. (*Montpellier médical*, juin.) — Ablation de l'omoplate pour sarcome périostique, par Eigenbrodt. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 avril.) — Désarticulation de la hanche pour un sarcome, garçon de 17 ans, guérison par Dennis. (*Cong. internat. Washington.*) — Valeur de la désarticulation du genou, par Duplouy. (*Assoc. française*, *Cong. de Toulouse.*) — Blessure de la jambe par coup de feu ; désarticulation immédiate du genou. Guérison, par G. Poignon. (*Arch. de méd. milit.*, juillet, p. 40.) — Désarticulation du genou ; remarques sur l'amputation de la jambe par lambeaux latéraux, par Thomas Bryant. (*Medico chir. trans.*, LI, p. 163.) — Tumeur maligne de la jambe; récidive et réamputation suivie de succès au bout de 7 ans, par Rushton Parker. (*Brit. med. journ.*, p. 879, avril.) — L'amputation de Chopart, par Murdoch. (*Med. news*, 16 juillet.) — Des modifications des os et des parties molles après l'amputation de la jambe, par George Pollock. (*Medico chir. trans.*, LI, p. 275.)

Amygdale. — Hypertrophie de l'amygdale linguale, par Robertson. (*Brit. med. journ.*, 19 nov.) — Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes, par Ruault. (*Union médicale*, 26 mai.) — Tuberculose des amygdales, par Lublinski. (*Brit. med. journ.*, 27 août.) — Deux cas d'infection générale de l'organisme provenant des amygdales, par A. Frænkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juin.) — 4 faits de même genre, par Fuerbringer. (*Ibid.*, p. 473.) — Notes sur les causes et le traitement de quelques affections de l'amygdale, par F.-P. Atkinson. (*The Practitioner*, janvier, XXXVIII, p. 37.)

Amyloïde. — De la dégénérescence amyloïde, par Litten (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.)

Anatomie. — Atlas portatif et guide de dissection, par W. Henke. (*Berlin*, 1888.) — Nouveau compendium d'anatomie descriptive, par Calleja y Sanchez. (*Saragosse.*)

Anémie. — Étude sur l'anémie pernicieuse progressive, par Reymond. (*Thèse de Lyon*, n° 371.) — Combinaison d'anémie pernicieuse progressive et de leucémie chez l'enfant, par Wilh. Retslag. (*Berlin. klin. Woch*, 15 août.) — Anémie pernicieuse causée par une lithiase biliaire, par Friedrich Edward Georgi. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 octobre et 7 novembre.) — Anémie pernicieuse avec ictère chez un cigarier, grand fumeur, par C. A. Ewald (*Ibid.*, 7 novembre.) — Anémie pernicieuse progressive et parasites intestinaux, par Schmitt. (*Union médicale*, 24 mai.) — Un cas d'anémie pernicieuse, par Planchard. (*Bull. de thérap.*, 15 août.) — Guérison d'une anémie maligne après expulsion d'un tænia, par Schapiro. (*Wratsch*, n°s 5 et 6.) — Trois cas d'anémie profonde, guérie par les injections de citrate de fer, par Novi. (*Raccoglitore med.*, n° 5.)

Anesthésie. — Note sur l'emploi des anesthésiques les plus communs, par J. Anderson Robertson. (*Glasgow medical Journal*, octobre.) — De l'examen de la pupille comme guide de l'anesthésie chloroformique, par H. Neilson. (*Brit. med.*, p. 234, juillet.) — Du choix et du mode d'administration des anesthésiques, par Frederic Hewitt. (*The Practitioner*, août.) — De l'anesthésie chirurgicale par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, par Kreutzmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Expé-

riences sur les effets secondaires mortels des inhalations de chloroforme, par E. Ungar. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVII, p. 98.) — De l'action de l'éther sulfurique sur le système nerveux périphérique, par H. Bowditch. (*Americ. Journ. of med. Sc.*, avril.) — La drumine, nouvel anesthésique local, par Raoult. (*Progrès méd.*, 28 mai.) — Un nouvel anesthésique local; la sténocarpine, par A. Chevallereau. (*France médicale*, 15 octobre.) — De la cocaïne dans la pratique chirurgicale, par Gretchikhin. (*C. R. de la Soc. méd. du Caucase*, n° 15.) — De l'anesthésie locale par injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne, par Barski. (*Wratsch*, 1886, n° 50.)

Anévrisme. — Nouveau signe des anévrismes thoraciques, par Bozzolo. (*Congrès de Pavie*, septembre.) — Réflexions sur 20 cas d'anévrisme thoracique, par Suckling. (*Brit. med. journ.*, p. 929, avril.) — Traitement de la dyspnée paroxystique de l'anévrisme de l'aorte, par H. Goodridge. (*Brit. med. journ.*, p. 1207, juin.) — Anévrisme de l'aorte abdominale chez une femme de 35 ans, par A. W. Foot. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 554, juin.) — Obs. d'anévrisme aortique, iodure de sodium, amélioration, par André. (*Assoc. française, Cong. de Toulouse.*) — Traitement des anévrismes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore, par Charmeil. (*Thèse de Lyon*, n° 374.) — Anévrisme du tronc brachiocéphalique; ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière, hémiplégie consécutive; mort un an après l'opération, par Fraeger. (*Brit. med. journ.*, p. 509, mars.) — Un cas d'anévrisme faux de l'artère innomée, par Hare. (*Med. news*, 1er octobre.) — Anévrisme de l'artère splénique rompu dans la veine de même nom, par C. Weigert. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. I, p. 26.) — Anévrisme fémoral traité par l'élévation et la flexion de la jambe, par Richardson. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 4 juin, p. 639.) — Double anévrisme poplité, ligature des deux fémorales, guérison par Smith. (*Brit. med. journ.*, 17 septembre.) — Anévrisme poplité droit, survenu 4 ans après la guérison d'un anévrisme poplité gauche, ligature de la fémorale, guérison, par Sydney Jones. (*Brit. med. journal*, 1er octobre.) — Anévrisme fusiforme de l'artère poplitée, athérome et artério-sclérose généralisée; ligature de l'artère fémorale à l'anneau du troisième adducteur. Mort 18 jours après l'opération avec accidents cardiaques et cérébraux. Autopsie, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 819-834.) — Varice anévrismale d'un moignon, par Robinson. (*London path. soc.*, 18 octobre.)

Angine. — Un cas d'angine de poitrine consécutive à des attaques d'épilepsie, par de Brau. (*Arch. méd. belges*, juillet.) — De l'angine de poitrine en 1821, par P. Duroziez. (*France médicale*, 24 septembre.) — Observation d'angor pectoris avec dilatation des coronaires, par Ball. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 juin.) — Le traitement artériel de l'angine de poitrine, par Eloy. (*Gaz. hebd.*, 19 août.)

Angiome. — Du traitement des tumeurs érectiles et en particulier de leur extirpation au thermo-cautère, par Lenez. (*Thèse de Nancy.*)

Anomalie. — Anomalies musculaires, entrecroisement surnuméraire des radiaux externes, par Louge. (*Gaz. des hôp.*, 1er novembre.) — Anomalies musculaires, par Gruber. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, n° 1.) — Contribution clinique à l'étude des hypertrophies congénitales et acquises, par Paul Wagner. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XXVI, p. 281-306.) — Absence congénitale de cheveux et de mamelle; atrophie de la peau, par Jonathan Hutchinson. (*Medico chir. trans.*, LI, p. 473.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc, par Polaillon. (*Union médicale*, 26 juillet.)

Anthropologie. — L'homme avant l'histoire, par Debierre. (In-12, *Paris.*) — Actes du 1er congrès international d'anthropologie criminelle. (in-8°, *Turin.*)

Antiseptique. — Guide pour le traitement antiseptique des plaies, par von Nussbaum. (5e édit., compl. revue. — *Stuttgard.*) — Sur le naphtol comme médicament antiseptique, par Bouchard. (*Acad. des sc.*, 24 octobre.)

Anus. — Des maladies de l'anus et du rectum, par Esmarch. (In-8°, *Stuttgard.*) — De la fistule anale en fer à cheval, par Benson. (*Cong. intern. Washington.*) — Épithélioma anal propagé au rectum, fistule recto-vaginale ; ablation de la tumeur, par Flament. (*J. des sc. méd. Lille*, 19 août.) — Dilatation de l'anus dans la contraction simple, les fissures et les hémorroïdes, anus artificiel iliaque, par Verneuil. (*France méd.* 14 juillet, t. II, n° 82.) — Anus contre nature et fistules pyostercorales, par Jeannel. (*Assoc. franç., Cong. de Toulouse.*) — Cancer du rectum et anus artificiel iliaque, par Duménil. (*Normandie médicale,* 1er juin.) — De la colotomie dans le cancer du rectum, par Lassalle. (*Montpellier médical*, mai.) — Colotomie lombaire, par Nancrede. (*Philad. Acad. of surg.*, 3 octobre.) — Quand la colotomie est-elle indiquée ? par Mathews (*Cong. intern. Washington.*) — Épithélioma du rectum, colotomie lombaire, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 20 octobre.)

Aorte. — Plaie par coup de feu de l'aorte abdominale ; mort le 6e jour, par Bindemann. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.)

Appareil. — Un nouveau spiromètre, par Joal. (*Assoc. franç., Cong. de Toulouse.*) — Modification au tambour à levier de Marey ; tambour à levier rectifiable, par Albert René. (*Soc. biol.*, 26 mars.) — Modification à la pince cardiographique de Marey, par Albert René. (*Soc. biol.*, 26 mars.) L'atmiomètre de Jacobelli, par Martius. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Appareil pour l'étude de la respiration de l'homme, par Jolyet, Bergonié et Sigalas. (*Acad. des sc.*, 22 août.) — Le sphygmomanomètre de von Basch, par Hermann. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Les nouveaux perfectionnements du microscope d'Abbe et de Zeiss, par Flesch. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, , 1er août.) — Siège pour faciliter la respiration chez les emphysémateux et les asthmatiques, par Rossbach. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mai.) — Appareil simplifié pour les lavements d'acide carbonique sulfhydrique, par Dubois. (*Corresp.-Blat f. schweizer Aerzte*, 1er août.) — Le bistouri aseptique de Hellwig, par F. Wolfrom (manche en métal et démontable). (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mai.) — L'aiguille à suture du Dr de Mooy, par J.-L. Reverdin. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 482, août.) — Des érignes à ressort, par Louge. (*Gaz. des hôp.*, 13 septembre.). — Nouveau tourniquet pelvien pour la désarticulation de la hanche, par Cousins. (*Brit. med. journ.*, 3 septembre.) — D'un nouveau serre-nœud ou écraseur galvano-thermique, par Jacquemart. (*Rev. de laryngol.*, août.) — Cuvettes de lavage pour les opérations périnéales et les ovariotomies, par Kelly. (*Americ. journ. of obst.*, octobre.) — Nouvelles attelles flexibles en fil de fer étamé, par F. Cramer. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juin.) — Appareil pour aider les essais de marche chez les réséqués de la hanche, par Heusner. (*Ibid.*, 30 mai.) — Aéro-urétroscope, par Géza von Antal. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 15.) — Les applications du cystoscope électrique chez l'homme, par Nitze. (*Berl. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Avantages des sondes Béniqué, par Feibes. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Pessaire pour le prolapsus utérin, par Byrne. (*New York. obst. Soc.*, 17 mai.)

Artère. — La pression artérielle en rapport avec l'excitation du bout cen-

tral du vague, par Rey et Aducco. (*Gazz. med. ital. Lombard.*, n° 37.)— Tunique interne de l'artère utérine, par Hermann Westphalen. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* CVI, H. 2, p. 420.) — Recherches microscopiques sur l'organisation du thrombus dans les artères, par C. Apollino. (*Rivista clinica di Bologna*, juillet.) — Diagnostic de l'artérite, par de Giovanni. (*Cong. de Pavie*, septembre.) — De l'ectasie artérielle généralisée, par Toussaint. (*Thèse de Nancy.*) — L'artério-sclérose subaiguë et ses rapports avec les spasmes vasculaires, emploi de la trinitrine, par Huchard. (*Rev. gén. de clin. et thér.*. 24 novembre.)—Sténose congénitale des artères aorte et pulmonaire, par Roland et Fraty. (*Loire méd.*, 15 août.) — Calcification des artères coronaires, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Des altérations séniles des artères et de l'ossification de leur tunique moyenne, par Joseph Coats. (*Glasgow medical Journal*, avril.)— Sur la claudication intermittente par oblitération artérielle, par Charcot. (*Progrès médical*, 6 août.)

Articulation. — Considérations anatomiques et physiologiques sur l'articulation scapulo-humérale, par Reynier. (*Journ. de l'anat. et phys.*, septembre-octobre.) — Chirurgie conservatrice dans les affections du pied et des articulations, par W. Wheeler. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 217, mars.) — Traitement des affections inflammatoires des articulations, par David N. Knox. (*Glasgow medical Journal*, août.) — Note sur un cas de corps étranger intra-articulaire de nature osseuse et d'origine traumatique, par Condamin. (*Lyon méd.*, 18 septembre.) — Un cas d'exostose cartilagineuse intra-articulaire du genou, par Ehrhardt. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, XXVI, p. 1-17.) — Symptomatologie et traitement des plaies pénétrantes articulaires, par Arnold Rothpletz. (*Thèse Zurich*, 1886.) — De la méthode de conservation appliquée au traitement des plaies de l'épaule par armes à feu, par Piot. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen du redressement forcé et du massage, par Norstrom. (In-8°, *Paris.*) — De la marche dans le traitement des pseudarthroses du membre inférieur, par Folet. (*Province méd.*, 9 juillet.) — Des arthropathies dans la paréso-analgésie, par Morvan (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 août.) — Sur le mode de fixation de l'omoplate d'après l'étude des mouvements de cet os dans l'extrême flexion de l'épaule, et son action dans la fracture de l'apophyse coracoïde, par Arbuthnot Lane. (*London royal med. chir. Soc.*, 8 nov.)—Traitement des périarthrites scapulo-humérales par le massage méthodique, par Berne. (*Union méd.*, 30 juillet.) — Scapulalgie suppurée rapidement guérie par les injections éthéro-iodoformées, par Grynfeltt. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 25 juin.) — Traitement des entorses et des fractures péri-articulaires, par Ricci. (*Raccoglitore med.*, n° 1.) — De l'entorse radio-carpienne, par Joliot. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.) — Leçons sur la coxalgie, par Duret. (*Journ. des sc. méd.*, *Lille*, 16 septembre.) — Paracentèse de l'articulation dans les premières périodes de la coxalgie, par Owen. (*Cong. intern. Washington.*) — Du traitement des épanchements sanguins traumatiques des articulations et du genou en particulier, par Schwartz. (*Rev. gén. de clin.*, 25 août.) — Du traitement de l'hydarthrose chronique essentielle par l'injection phéniquée, par Lauron. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hydarthrose chronique du genou, guérie par le lavage antiseptique, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 519-520.) —Hydarthrose chronique guérie par les lavages à l'eau phéniquée, par Michalski. (*Union médicale*, 18 août.) — Sur quelques cas d'arthrite chronique du genou, par Mollière. (*Rev. gén. de clin.*, 6 oct.) — Arthrotomie du genou pour arthrite traumatique du genou. Guérison avec ankylose, par Camus. (*Arch. méd. milit.*, novembre, p. 370.) — Deux cas d'amputation du membre inférieur pour

arthrite fongueuse, par Morf. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 septembre.) — Nouveau procédé d'arthrectomie tibiotarsienne, par Girard. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.)

Asthme. — Étiologie et mécanisme de l'asthme, par W. Glasgow. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, juillet.) — Traitement de l'asthme des foins par Clarke. (*Brit. med. Journ.*, p. 1255, juin.) — De l'asthme cardiaque nocturne, par Beaudoin. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — Nature des produits de la combustion du papier nitré employé contre l'asthme, par Kochs. (*Berl. klin. Woch.*, 11 avril.)

Auscultation. — De la genèse du murmure vésiculaire, par Queirolo. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — D'un nouveau mode de stéthoscopie combiné, par Bernabei. (*La Riforma med.*, 13 sept.)

Avortement. — Énorme dilatation du vagin et état tétanique des parois vaginales et du col utérin pendant l'avortement au 3e mois de la grossesse, par Dumas. (*Gaz. hebd.*, *Montpellier*, 6 août.) — Avortement consécutif à l'emploi du permanganate de potasse, par Mann. (*Therap. Gaz.*, mai.) — — De l'extirpation des membranes et du délivre après l'avortement, par Glisan. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Physiopathologie de l'avortement, par Colucci (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — Rétention du délivre dans l'avortement, par Misrachi. (*Nouv. Arch. d'obst.*, avril-juillet.)

B

Bactériologie. — Les progrès de la microbiologie, par Portugalow. (*Med. Obosrénie*, n° 11.) — Compte rendu des progrès de l'étude des micro-organismes pathogènes, par P. Baumgarten. (2e année, *Brunswick.*) — La méthode expérimentale en médecine et dans ses rapports avec la bactériologie, par Semmola. (*Cong. internat. Washington.*) — Sur des procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes, par Charrin. (*Acad. des sciences*, 24 oct.) — Sur la lutte des cellules de l'organisme contre l'invasion des microbes, par Elie Metschnikoff. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet). — La photographie appliquée à l'étude des microbes, par E. Roux. (*Ibid.*, mai.)— Étuve pour cultures, par W. Wignal. (*Ibid.*, avril.) — Sur les caractères de l'affaiblissement éprouvé par l'amylate sous l'action de la chaleur, par E. Bourquelot. (*Ibid.*, juillet.) Une modification des plaques de culture en bactériologie, par Wilfarth. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, p. 618.) — Nouvelles méthodes d'emploi des couleurs d'aniline pour la coloration des bactéries, par Hanklin. (*Quarterly journ. of microsc. sc.*, janvier.) — La coloration des bactéries pathogènes les plus importantes par l'aniline, par Günther. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 471.) — Des principaux procédés de coloration des microbes, par Straus. (*Bullet. méd.*, 11 sept.) — De la propriété que possèdent les microbes de s'accommoder aux milieux antiseptiques, par Kossiakoff. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.) — De l'importance de la bactériologie pour le diagnostic clinique, par Gottstein. (In-8, 75 p., *Berlin.*)— Micro-organismes en rapport avec la chirurgie, par Francis Heuston. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 10, janv.) — De quelques qualités des bactéries lumineuses, par Forster. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 12.) — Recherches sur les bactéries photogènes, par Ludwig. (*Ibid.*, II, n° 13.) — Les bactéries schizomycètes, technique, bactériologique, monographie des

bactéries pathogènes et non pathogènes, fermentations engendrées par les bactéries, par DENÆYER. (In-8, *Bruxelles.*) — Sur la destruction des bactéries dans l'organisme, par BENTI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — De l'action des microbes pathogènes dans le corps vivant, par NEELSEN. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 721.) — Sur un moyen universel de démontrer la présence des microbes dans les tissus animaux, par W. KUHN. (*Monats. f. prakt. Dermat. ergänzungs, heft* III, 1887.) — Recherches sur les vibrions, par WEIBEL. (*Cent. f. Bacter.*, II, n° 16.) — Des ferments digestifs sécrétés par les bactéries, par RIETSCH. (*Marseille méd.*, 30 sept.) — Expériences sur l'immunité produite par les injections hypodermiques de cultures stérilisées, par SALMON et SMITH. (*Congrès internat. Washington.*)— Nouvelle méthode pour déterminer les micro-organismes de l'air, par CARNELLEY et WILSON. (*Chemical News*, n° 1453, p. 145.) — Analyseur bactériologique pour l'étude des germes de l'eau, par ARLOING. (*Arch. de physiol.*, X, n° 7.) — Instructions relatives à l'analyse micrographique des eaux, par MIQUEL. (*Revue d'hys.*, IX, 725, sept.) — Examens bactériologiques d'eaux potables, par E. ROTH. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLVII, p. 125, juillet.)— Recherches bactériologiques sur l'eau potable, par MASCHEK. (*Prager med. Woch.*, n° 41.) — Micro-organisme des eaux minérales, par FAZIO. (*Giorn. intan. d. sc. med.*, n° 9.)— Les bactéries de la glace, par DE VARIGNY. (*Rev. scientif.*, 3 sept.) — La pureté de la glace, par A. CARTAZ. (*La Nature*, août.) — Micro-organisme pathogène de la salive, par BIONDI. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 18.) — Sur l'action des micro-organismes de la bouche sur quelques substances alimentaires, par VIGNAL. (*Arch. de physiol.*, X, n° 7.) — Recherches sur les micro-organismes des matières fécales et sur leur action sur les substances alimentaires, par VIGNAL. (*Ibid.*, 15 nov.) — Bacilles tuberculeux dans les sédiments urinaires, par AMANN. (*Schweiz. Woch. f. Pharm.*, n° 31.) — Sur le proteus hominis, par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Recherches sur l'origine bactériologique de l'endocardite maligne non ulcéreuse, par DRESCHFELD. (*Manchester path. soc.*, 12 oct.) — Streptocoque isolé dans une pneumonie puerpérale, par RIBBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 octobre.) — Présence des bacilles pneumoniques de Friedlænder dans l'air de la cave de l'Institut d'hygiène de Rostock, par J. UFFELMANN. (*Ibid.*, 26 sept.) — Recherches du microbe furonculeux, par CHAMBARD. (*Journ. de micrograph.*, n° 12.) — Sur un nouveau bacille du pus bleu, par ERNST. (*Zeit. f. Hyg.*, II, p. 369.)—Identité des streptocoques rencontrés dans diverses maladies, y compris l'érysipèle, par P. GUTTMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 juillet.) — Présence du bacille d'Eberth et Gaffky dans deux eaux provenant de pays où ont éclaté des épidémies de fièvre typhoïde, par RODET. (*Lyon méd.*, p. 564, 21 août.) — Bacille produisant chez le lapin une entérite dysentériforme, par RIBBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) — Sur la constitution chimique des bacilles subtiles, par VINCENZI. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Expériences sur la concurrence vitale des micro-organismes et sur un nouveau moyen de prophylaxie du charbon, par ZAGARI. (*Giorn. int. delle sc. med.*, août.) — Micro-organismes dans les sécrétions de l'otite moyenne aiguë, par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, n° 27.) — Sur le bacille napolitain, par LUSTIG. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Notes sur le bacille virgule, par CANESTRINI et MORPURGO. (*Atti dell' Istit. venet. di scienze*, IV.)— Études bactériologiques sur le choléra, et sur une forme de diarrhée épidémique cholériforme, par E. BAISTROCCHI. (*Gaz. degli ospit.*, 1886, n° 85.) — Résultats pratiques de la vaccination préventive des porcs contre le rouget, par A. LOIR. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.) — Le bulgaria inquinans est-il un parasite des plaies? par LUDWIG. (*Cent. f. Bacteriol*, II, n° 18.) — L'iodoforme et son action sur les bactéries pathogènes, par KRO-

NACKER. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — De l'action antituberculeuse de l'iodoforme, par BRUNS. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)

Bain. — Rôle des bains d'eaux mères de salines dans le traitement des affections sexuelles de la femme, par KARL BOEHM. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juin.) — Les bains de Louesche, par BRUNNER. (*Ibid.*, 13 juin.) — Des bains d'acide carbonique préparés avec le gaz liquéfié, par C.-A. EWALD. (*Ibid.*, 20 juin.) — De l'influence des bains de vapeur sur les troubles de la circulation, par A. FREY. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XL, 3-4, p. 355.) — De l'innocuité et de l'efficacité des bains froids : 1° dans le traitement de la fièvre typhoïde compliquant la grossesse (3 cas heureux) ; 2° dans le traitement des suites de couches fébriles graves ; comparaison avec l'antipyrine dans les mêmes cas, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 21 août.)

Bassin. — Forme et dimensions du détroit supérieur du bassin infantile, par LAURO. (*Ann. di ostetricia*, n°s 7-8.)—Quels sont les principaux facteurs des différences dans la forme du bassin de l'homme et de la femme? par ARBUTHNOT LANE. (*Obst. soc. London*, 5 oct.) — La mensuration du bassin sur la femme vivante, par FÉLIX SKUTSCH. (*Iéna.*) — Étude du bassin cyphotique, par LAURO. (*Ann. di ostretricia*, mars.)—Étude sur la carie extra-articulaire des os du bassin, par ALBERT WISARD. (*Thèse de Genève*, 1886.) — Étude de la spondylolisthesis, par MEYER. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXI, 1.) — Un cas de spondylizème, par GRYNFELTT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 3 septembre.)

Bec-de-lièvre. — Le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, étude sur l'ostéologie de la face, par BROCA. (In-8°, 91 p., *Paris.*) — Contribution à l'étude du développement de la face, études sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, par BROCA. (*Ann. de gynée.*, août.) — Observations sur un bec-de-lièvre compliqué, par DORE. (*Rev. méd. de Toulouse*, 15 juillet.)

Béribéri. — Relation médicale d'un convoi de rapatriement d'émigrants indiens, considérations étiologiques sur le béribéri, par DALIOT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rapport sur l'anémie ou béribéri de Ceylan, par KYNSEY. (In-8°, *Ceylan.*)

Biliaires (Voies). — Abcès multiples du foie à la suite de la lithiase biliaire, par LEYDEN. (*Charité Annalen*, 1886, p. 167.) — Ictère chronique, tumeur biliaire, cholécystotomie, par FRANCON. (*Province méd.*, 16 juillet.)—Calcul biliaire ayant donné lieu à une obstruction intestinale, par PYE SMITH. (*Brit. med. journ.*, p. 618, mars.) — Volumineuse concrétion intestinale de provenance hépatique, par PUPIER. (*Lyon méd.*, 25 sept.)—Rétrécissement du canal cholédoque sans calculs biliaires, par PHILLIPS. (*London clin. soc.*, 28 oct.) —Cholécystotomie, extirpation de 105 calculs, par LAWSON TAIT. (*Birmingham and Midland counties Branch*, 13 oct.)—Du cancer de la vésicule biliaire, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 24 août.) — Sur deux cas de cancer primitif des voies biliaires, par BERNHEIM et SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Biologie. — La vie avant la naissance, par HERMANN FEHLING. (*Stuttgard.*)— La genèse des éléments, par CROOKES. (*Rev. scientif.*, 13 août.)

Blennorragie. — Sur les rapports qu'affecte le gonococcus avec les éléments du pus blennorragique, par LEGRAIN. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — Le gonocoque de Neisser et ses rapports avec la blennorragie de la femme, par CONRAD. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 août.) — Des rapports du diplococcus de Neisser avec la blennorragie, par M.-V. ZEISSL.

(*Wiener Klinik.*, nov. et déc. 1886.)—Prophylaxie de la blennorrhée des nouveau-nés, par Caro. (*Inaug. Dissert. Kœnigsberg.*) — De l'infection secondaire dans la blennorragie, par Bockhart. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 19.) — Manifestation de l'infection blennorragique, œdème de la glotte, par Bories. (*Assoc. franç., Cong. de Toulouse.*)—Un cas curieux de rhumatisme blennorragique, par Fischer. (*Vierteljahr. f. Derm.*, heft 2.)—Causes et traitement de la rétention d'urine dans les blennorragies, par Mauriac. (*Semaine méd.*, 5 oct.) — Présence de gonocoques dans le pus des trompes extirpées pour salpingite, par Orthmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 sept.)— Ponction du genou dans un cas de rhumatisme blennorragique, absence de gonococcus, par Aubert. (*Lyon méd.*, p. 493, 7 août.) — Les injections et la propagation de la blennorragie à l'urètre postérieur, par Oltramare. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 621.) — Des nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement de la blennorragie, par Tommasoli. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Du traitement de la blennorragie par le chlorydrate de quinine, par B. Silva. (*Gaz. delle clin.*, 1886, n°s 13 et 14.) — Traitement de la blennorragie aiguë par la résorcine, par Lychowski. (*Vierteljahr. für Derm., heft* 2.)— Comment on doit traiter la blennorragie aiguë, par Mauriac. (*Rev. de clin. et thérap.*, 10 nov.)

Bouche. — La stomatite aphteuse et son origine, par David. (*Arch. de méd.* sept.) — Myxome papillaire de la cavité buccale chez un enfant, par Cardone. (*Arch. di laringor.*, VII, 3.)

Brûlure. — Brûlure de la bouche par une fusée, par Condamin. (*Lyon méd.*, p. 354, 13 nov.) — Pansement des brûlures au 2e degré, par Augagneur. (*Province méd.*, 1er oct.)

C

Cancer. — Statistique des cancers de la région faciale supérieure, par Bonde. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.)— La teinte jaune paille est un signe infidèle et trompeur du cancer, par Dumas. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, n° 12.) — Métastases osseuses dans le cancer, par Ernst-Fridolin Leuzinger. (*Thèse Zurich*, 1886.)—De la cautérisation au chlorure de zinc dans les tumeurs malignes inopérables du rectum, de la langue et du corps thyroïde, par Steinthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 oct.)

Cartilage. — Restes de cartilages congénitaux au cou, par P. Buttersack. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 1, p. 206.)

Cellule. — Recherches sur la question des phagocytes, par Hess. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.)— Les phagocytes, par Rodet. (*Lyon méd.*, 10 sept.) — L'activité des phagocytes dans la fièvre récurrente, par Baumgarten. (*Münch. med. Woch.*, n° 23.) — Sur le rôle de la substance nutritive fermentescible dans la vie de la cellule végétale, par Diakonow. (*Arch. slaves de biol.*, IV, 1.)— De la segmentation cellulaire, par Kollmann. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) —Division nucléaire indirecte dans diverses néo-formations, par Avyama. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 3, p. 568.) — Sur l'anatomie pathologique du noyau cellulaire, par Wilhelm Pfitzner. (*Ibid.*, CIII, H. 2, p. 275.) — Réplique au travail de Metschnikoff; immunité et phagocytose, par Dirckinck Holmfeld (*Forts.*

der Med. V, n° 18.)— Les nouvelles recherches sur la karyokinèse spécialement au point de vue des théories de la fécondation et de l'hérédité, par WALDEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juillet.)

Céphalotripsie. — Basiotripsie; parallèle entre cette opération et la laparotomie, par PINARD. (*Arch. de tocologie*, 30 août et *Union médicale*, 2 avril.)

Cerveau. — Le cerveau de l'homme dans ses rapports et ses connexions, par BECHTEREW. (*Arch. slaves de biol.*, III, 3.) — Histologie comparée de l'écorce du cerveau chez l'homme et chez quelques mammifères, par Mme VON KOWALEWSKAJA. (*Thèse Berne*, 1886.)—Recherches sur le cerveau humain, par M. v. LENHOSSEK.(*Anat. Anzeig.*) — Le cerveau de Gambetta, par RUEDINGER. (*Sitz. der Akad. d. Wissens. zu München,* Heft 1.) — Trois cerveaux chinois, par BENEDIKT. (*Wiener med. Jahr.*, p. 121.) — La glande pinéale, anatomie comparée et fonctions, par GRANEL. (*Gaz. hebdom. de Montpellier,* 30 juillet.) — La glande pinéale et le 3e œil des vertébrés, par PEYTOUREAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Evolution des hémisphères cérébraux, par FAUVELLE. (*Bull. Soc. d'anth.*, X, 2.) — Sur les faisceaux conducteurs qui relient l'écorce cérébrale aux centres nerveux inférieurs, par J. HAMILTON. (*Brit. med. journ.*, p. 493, mars.) — Des circonvolutions cérébrales, par RICHTER. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2, et CVIII, 3.)—Signification des soi-disant sphères motrices du cerveau, par EMIL SCHOPEN (*Thèse Berne*, 1886.) — Des localisations cérébrales, par LEYDEN et JASTROWITZ. (*Berlin. klin. Woch.,* 31 octobre.) — Dualité du cerveau et de la moelle épinière d'après des faits montrant que l'anesthésie, l'hyperesthésie, la paralysie et des états variés d'hypothermie et d'hyperémie dues à des lésions organiques du centre cérébro-spinal pouvant être transférés d'un côté à l'autre du corps, par BROWN-SÉQUARD. (*Acad. des sciences.* 17 oct.) — Recherches sur les principaux fondements des doctrines reçues à l'égard de la dualité cérébrale dans les mouvements volontaires, par BROWN-SÉQUARD. (*Acad. des sciences*, 7 nov.) — Les courants induits unipolaires pour l'étude de l'excitabilité cérébrale, par NEGRO. (*Congrès de Pavie,* sept.) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'écorce cérébrale, par GUSTAV FUETTERER. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 3, p. 579.) — De l'arrêt de développement du cerveau, par SACHS. (*Americ. neurol. Assoc.*, 21 juillet.) — Un cas d'absence du corps calleux, par H. VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Un cas d'atrophie cérébrale, par MORDRET. (*Encéphale,* n° 4.) — Hyperhémie chronique du cerveau et de la moelle épinière, par LANGEVELD. (*Progrès médical*, 9 juillet.) — Les affections des artères du cerveau, par GERHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 et 9 mai.)— Du coma et de son analyse psychologique, par CH. MERCIER. (*Brain*, p. 469, janv.) — Névrite optique; ses relations avec les affections du cerveau, par DEUTSCHMANN. (*Iéna.*) — Faits de localisations cérébrales, par KŒNIG. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Diagnostic topographique des lésions en foyer des centres moteurs corticaux, par V. HORSLEY. (*Am. Journ. of the med. sc.*, avril.) — Affections du cerveau avec hémianopsie, par SHARKEY (*Opht. soc. of unit. Kingdom*, 10 nov.) — Un cas d'hémorragie bulbaire, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 août.)— Note sur un cas d'hémorragie intra-protubérantielle à foyers multiples et distincts, suivie de mort subite, par VRAIN. (*Soc. Anat.*, décembre 1886.) — Un cas de ramollissement du cerveau, par N. BLOUNT. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 240, 20 août.)—Vaste ramollissement cortical du cerveau ayant produit une rotation en sens contraire de la tête et des yeux, et une déviation inégale des deux yeux, kyste hydatique du muscle psoas iliaque, par LECLERC. (*Lyon méd.*, 24 juillet.) — De l'aphasie, par JAMES ROSS. (1 vol. de 128 p., *Londres.*) — Observation d'accès récurrents d'aphasie transitoire et d'hémiplégie droite, par

Edw. O. Daly. (*Brain*, p. 233, 7 juillet.) — De l'aphasie ; contribution à l'étude de la perte de la parole par suite d'une maladie du cerveau, par James Ross. (Brochure, *Londres*.) — Note sur un cas d'amnésie verbale visuelle avec autopsie, par Sigaud. (*Progrès méd.*, 3 sept.) — Sur un cas de glosso-hémiplégie d'origine corticale, par Bernheim. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse*.) — Du rappel de la parole chez les aphasiques, par Fischer. (*Thèse Bordeaux*.)—De l'inflammation de l'hypophyse, par Sigismund Lothrieger. (*Thèse Berne*, 1886.) — Volumineuse tumeur du lobe droit frontal sans symptômes actifs, par de Schweinitz. (*Med. News*, 27 août.)—Des tumeurs de l'hypophyse, par Heusser. (*Arch. f. path. Anat.*, CX, 1.) — Un cas d'affection gommeuse du chiasma des nerfs optiques, par Hermann Oppenheim. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 2. p. 306.) —Tumeur sarcomateuse du cerveau, par Putnam. (*Americ. neur. Assoc.*, 21 juillet.) — Tumeur de la glande pinéale, par Joseph Coats. (*Brit. med. journ.*, p. 781, avril.)—Développement des lipomes du cerveau, par Taubner. (*Arch. f. path. Anat.*, CX, 1.) — Hypertrophie gliomateuse du pont de Varole, par Hun. (*Med. News*, 1er octobre.) — Des abcès du cerveau consécutif à l'otite, par Thomas Barr. (*Brit. med. journ.*, p. 723, août.) — Trois cas de maladie du cerveau et de l'oreille, considérés quant à leur diagnostic et à la chirurgie du cerveau, par W.-T. Gairdner. (*Glasgow med. journ.*, octobre.) — Cas de phénomènes cérébraux graves à la suite d'un accident de chemin de fer, par Thomsen. (*Berl. klin. Woch.*, 1er août.) — Un cas curieux de blessure par arme à feu, avec séjour du projectile dans le cerveau, par Casaretti. (*Rivista clin. e terap.*, juillet.)

Cervelet. — De la structure du cervelet, par Gaule. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Tumeurs kystiques du cervelet, par Turner. (*London path. Soc.*, 15 novembre.)

Césarienne (Op.). — Dixième opération césarienne pour blessure par coup de corne (d'un buffle chez une Indienne); guérison, par Harris. (*Americ. journ. of obst.*, octobre.) —De l'opération césarienne, par Saenger. (*Cong. international Washington*.) — Rupture spontanée de l'utérus au septième mois de la grossesse, opération de Porro, mort, par Butruille et Godefroy. (*Bull. méd. du Nord*, juillet.) — Étude des indications de l'opération césarienne, par Wiedow. (*Cent. f. Gynæk.*, 24 sept.) — Indications respectives de l'opération césarienne, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel, par Th. Wyder. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 1er novembre.) — Technique de l'opération césarienne d'après la méthode de Saenger, par Sani. (*Ann. di Ost.*, mars.) — Opération césarienne, par Sippel. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 3.) — Trois cas d'opération césarienne, deux d'après la méthode de Porro, une par la méthode de Saenger, par Widmer. (*Arch. f. Gynæk.*, XXX, 1.) — De l'opération césarienne conservatrice, ses indications, par Doderlein. (*Ibid.*, XXX, 2.) — Le septième cas d'opération césarienne d'après la méthode de Saenger, par Credé. (*Ibid.*, XXX, 2.) — Cas heureux d'opération césarienne par la méthode de Saenger, par Gœnner. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Sur l'opération césarienne pratiquée en Italie d'après le procédé de Saenger, Leopold, trois cas par Caruso. (*Bull. méd.*, 17 août.)—Deux cas d'opération césarienne avec conservation de la mère et de l'enfant, par A. Gusserow. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mai et 29 août.)—De la laparoélytrotomie, par Clarke. (*Thèse Nancy*.) — Le pronostic de l'opération césarienne, par Lusk. (*Med. News*, 8 oct.)

Chancre.—L'ulcère vénérien, par Eduard Lang. (*Wiesbaden*.)—Du chancre diphtéroïde, par Hutchinson. (*Journ. of. cutan. dis.*, n° 1.)

Charbon. — Le charbon des animaux et de l'homme, par STRAUS. (In-8°, *Paris.*) — Observations sur les bacilles charbonneux, par ADELINE DYRMONT (*Thèse Berne*, 1886.) — Sur la récupération et l'augmentation de la virulence de la bactérie du charbon symptomatique, par NOCARD et ROUX. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juin.) — De la guérison du charbon, par EMMERICH. (*Arch. f. Hyg.*, VI, 4.) — De l'action de la chaleur et de l'air sur les spores de la bactéridie du charbon, par ROUX. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, août.) — Résultats pratiques de la vaccination charbonneuse, par CHAMBERLAND. (*Ibid.*, juin.) — La vaccination charbonneuse, par PASTEUR. (*Bull. médical*, 24 août.) — Destruction des bacilles de la pustule maligne dans l'organisme, par EMMERICH et DI MATTEI. (*Fortsch. d. Med.*, V, n° 20.) — Guérison de la pustule maligne par les bactéries des bacilles charbonneux dans l'organisme, par PAWLOWSKY. (*Arch. f. path. Anat.*, CVIII, 3.) — Un cas de pustule maligne chez une femme enceinte, mort de l'enfant, par MARCHAND. (*Ibid.*, CIX, 1.) — Un cas de pustule maligne traité abortivement par le perchlorure de fer, par J. RŒSLI. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Pustule maligne traitée et guérie par les injections iodées sans cautérisation, par ROLLIN. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 août.)

Cheveux. — De l'étiologie de l'alopécie areata, par MIBELLI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Recherches anatomo-pathologiques sur l'alopécie areata et l'alopécie syphilitique, par GIOVANNINI. (*Ibid.*, sept.)

Chimie.—Chimie organique, essai analytique sur la détermination des fonctions, par CHASTAING et BARILLOT. (In-12, *Paris*, 1886.) — Manuel de chimie physiologique et pathologique, par G. BUNGE. (*Leipzig*) — Éléments de chimie médicale, par ERICH HARNACK. (*Hambourg* et *Leipsig.*)

Chirurgie. — La chirurgie comme science et comme art, par CECCHERELLI. (*La Riforma med.*, 27 juillet.)

Chlorose. — Chlorose cardiaque, par CATAT. (*Thèse de Paris*, 3 nov.) — Du diagnostic différentiel de la chlorose vraie et des maladies du cœur, par DUCLOS. (*Rev. gén. de clin.*, 22 septembre.)

Choléra. — Notes sur deux épidémies de choléra observées à Toulon, dans les hôpitaux de la marine, par DUMAS. (*Thèse Bordeaux.*) — Rapport de la commission du collège des médecins de Philadelphie, nommée pour étudier l'effet des quarantaines pour la prévention du choléra et des autres maladies épidémiques, par WILSON, SHAKESPEARE, CLEEMANN. (*Med. News*, 29 octobre.) — Modifications à la prophylaxie et au traitement du choléra dans ses rapports avec les quarantaines maritimes, par COMBA. (*Gaz. d. ospit.*, n° 71.)— Le choléra à Buenos-Ayres, par CABEZON. (*Riv. Argent. di ciencia med.*, n° 1.) — Histoire d'une épidémie de choléra survenue à bord du transport-hôpital *le Tonquin*, par BERTRAND. (*Thèse Bordeaux.*) — Des inoculations cholériques chez les animaux, par FERDINAND HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mai.) — Recherches sur le choléra, par F. DE SIMONE. (*Giorn. intern. dell. sc. med.*, p. 593, 1886.)— Recherches bactériologiques sur le choléra, par ZAESSLEIN. (*Congrès de Pavie*, sept.)—Influence que les diverses conditions de température peuvent exercer sur la vitalité du virus cholérique, par CATTANI. (*Ibid.*, sept.) — Étiologie du choléra, par PH. HAUSER. (*Rev. d'hyg.*, IX, 875, octobre.)— Des limites à assigner au rôle de l'eau dans la propagation du choléra, par MERVEILLEUX. (*Thèse Bordeaux.*) — Modifications chimiques de la respiration dans le choléra, par WILLIAM SEDGWICK. (*Medi. chir. Trans.*, LI, p. 385.)—Notes biologiques sur le bacille virgule, par CANESTRINI et MORPURGO. (*Istit. veneto di scienze*, IV.) — Études bactériologiques sur le choléra asiatique, par LUSTIG (*Zeit.*

f. Hyg., III, n° 1.) — Quelques faits propres à déterminer la durée de la période d'incubation dans le choléra asiatique, par G. Banti. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — Du choléra chez les femmes grosses, par Queyrel ; rapport de Charpentier. (*Nouv. arch. d'obstét.*, avril.) — Étiologie et traitement du choléra infantile, par H. Schoppe. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 534.) — Application du froid dans le traitement du choléra pendant la période algide, par Mossé. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Le sublimé corrosif et le choléra, par Petrone. (*Gaz. d. ospit.*, n° 76.) — Les injections intra-veineuses dans le choléra indien, par Aguirre. (*Santiago de Chili.*) — Le nitrite d'amyle dans le choléra, par Palm. (*Brit. med. journ.*, 5 nov.) — Traitement du choléra, par Lustig. (*Giorn. internat. d. sc. med.*, n° 9.)

Chorée. — Étiologie générale et symptômes de la chorée, d'après 410 cas, par W. Osler. (*Med. News*, 15 oct.) — Deux observations de tics choréiformes chez des enfants, par Hale White. (*Brain*, p. 237, juillet.) — Chorée héréditaire, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Étude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique, par Mongin. (*Thèse de Paris*, 12 nov.) — Deux cas d'hémichorée dans la maladie de Bright, par Duncan. (*Amer. neurol. Assoc.*, 21 juillet.) — Diagnostic des chorées, par Guinon. (*Gaz. des hôpit.*, 24 sept.)

Circulation. — Leçons sur le pouls, par Broadbent. (*Brit. med. Journ.* p. 665, mars.) — Pouls rétro-sternal, par Maurel. (*Assoc. franc.*, *Congrès de Toulouse.*)

Climat. — Sur le sanatorium d'Arcachon, par Armaingaud. (*Assoc. franc.*, *Congrès de Toulouse.*) — Les stations hivernales des îles de la mer du Nord, par R. Beneke. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 nov.) — Des climats froids au point de vue de la vie humaine, par Wagnier. (Brochure, *Lille.*) — Saint-Maurice-en-Engadine. comme station hivernale, par A. Hoesslli. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 oct.) — L'acclimatation des Européens dans les pays chauds, par G. Treille. (*Rev. d'hyg.*, IX, 851, oct.) — Influence du climat tropical sur l'Européen aux Indes, par Engen Liebendœrfer. (*Thèse Bâle*, 1886.) — Importance de Palerme comme station de cure hivernale, par D. de Jonge. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 sept.) — Le climat de Leysin comparé à celui de Davos au point de vue des cures alpines d'hiver, par Louis Secrétan. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, 275, mai.) — Colorado springs et Davos platz comparés comme stations d'hiver, par Wagner. (*N. York Acad. of med.*, 20 octobre.)

Cœur. — Recherches graphiques sur les mouvements du cœur, par Martius. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — De la soi-disant action aspiratrice du cœur des mammifères, par Newel Martin et Donaldson. (*Studies from. biol. Laboratory*, IV, n° 1.) — Physiologie du cœur du serpent à sonnettes, par Mills. (*Journ. of Anat.*, octobre.) — Sur les phénomènes électriques de la systole ventriculaire chez les chiens, par Fredericq. (*Bull. Acad. royale de Belgique*, n° 6.) — Démonstration des changements électromoteurs qui accompagnent le battement du cœur, par Waller. (*Journ. of Phys.*, VIII, n° 4.) — Notes sur la courbe de la pression endocardiaque, par Rolleston. (*Ibid.*, VIII, n° 5.) — Contraction fibrillaire du cœur, par Macwilliam. (*Ibid.*, VIII, n° 5.) — Études cardiographiques sur la durée respective de la systole ventriculaire et de l'intervalle diastolique, par Paul Chapman. (*Medico chir. Transac.*, LI, p. 297.) — Le travail du cœur et les sources dont il dérive, par Kronecker. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 juillet.) — De la réduction de l'hémoglobine dans le cœur, par Sophie Handler. (*Thèse Berne*, 1886.) — De la dextrocardie congénitale, par

Schrœtter. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 juin.) — Deux cas de symphyse cardiaque, avec ascite et anasarque, par Fred.-W. Mott. (*The Practitioner*, XXXVIII, n° 2, p. 95.) — D'une malformation congénitale presque unique du cœur observée chez un enfant qui vécut 2 mois, par Berti. (*Boll. d. s. med. Bologne*, sept.-oct.)—Atrophie et hypertrophie des fibres musculaires du cœur, par Goldenberg. (*Arch. f. path. Anat.*, CIII, 1, p. 88.)— Deux cas de rythme cardiaque périodique, par F. Borgiotti et L. Bordoni. (*Bollettino della Societa tra i cultori di scienze mediche, Sienne.*) — De l'inspiration saccadée rythmique au cœur, par Grasset. (*Montpellier méd.*, 1er octobre.) — Pronostic de certains bruits cardiaques, importance au point de vue de l'examen pour assurances, par Donaldson. (*Med. News*, 20 août.) — Conditions anatomiques des souffles musicaux diastoliques du cœur, par C. Hochsinger. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 317.)— La propagation dans les carotides des bruits de rétrécissement de l'artère pulmonaire et de l'insuffisance des sigmoïdes, par L. Vanni. (*Lo Sperimentale*, août.) — Étude des bruits extra-cardiaques d'origine pulmonaire, par Fedeli. (*Raccoglitore med.*, n° 2.) — Sur un cas intéressant d'affection cardiaque, par Jaccoud. (*France médicale*, 11 juin.) — De la dyspnée cardiaque et de l'asthme cardiaque, par Basch. (*Vienne.*) — Le ventricule gauche dans la lésion mitrale double avec grande prédominance de rétrécissement, par U. Gabbi. (*Lo Sperimentale*, août.) — Rétrécissement mitral pur ; étiologie, par Duroziez. (*Union médicale*, 14 juin.) — Du rétrécissement mitral, par Villard. (*Rev. de clin. et thérap.*, 13 oct.) — Les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies artérielles, par Huchard. (*Ibid.*, 4 août.)— La séméiologie des affections congénitales du cœur, par Vanni. (*Raccoglit. med.*, n° 17.) — Des vaisseaux sanguins des valvules cardiaques dans l'endocardite valvulaire, par von Langer. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.)— Deux cas d'endocardite maligne, par Musser. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 561, 21 mai.) — Étiologie et symptomatologie de l'endocardite ulcéreuse, par Stern et Hirschler. (*Orvosi Hetilap.*, n° 27.) — Endocardite ulcéreuse simulant une fièvre intermittente, par Smith. (*N. York med. Record.*, II, n° 5.)—Étiologie de l'endocardite aiguë, par Weichselbaum. (*Centralbl. f. Bacteriol.*, II, n° 8.)— Endocardite végétante ulcéreuse; infarctus suppurés du rein et du cerveau, par Girode. (*Soc. anat.* décembre 1886.)— Note sur la myocardite interstitielle, par Arnaldo Viti. (*Bollettino della Societa dei cultori delle scienze mediche*, IV.) — État du myocarde dans l'artérite chronique des coronaires, par Letulle. (*Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires, par Huchard et Weber. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Observation sur l'occlusion des artères coronaires, per Fenoglio et Drogoul. (*Congrès de Pavie,* sept.) — Du cœur gras et dilaté, par Arnold. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Influence du traumatisme sur la marche des cardiopathies, par Durand. (*Thèse Bordeaux.*)— Du traitement des affections chroniques du cœur, par Schott. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 avril.) — L'exercice musculaire convient-il mieux que le repos aux cardiaques, par Franz. (*Ibid.*, 9 mai.) — L'expérimentation et la thérapeutique dans les maladies cardio-vasculaires, par Rummo. (*La Riforma med.*, 4 oct.) — L'ellébore vert dans les maladies du cœur, par Tschistowitsch. (*Monast. therap.*, n° 3.) — De la caféine dans les maladies du cœur, par Batek. (*Med. chir. Centr.*, n° 38.) — Des indications du seigle ergoté dans certaines maladies du cœur, par Ottomar Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 août.) — Du strophanthus dans les maladies du cœur, par Liddell. (*Brit. med. journ.*, 29 oct.) —De la ponction du cœur, par Mills. (*Med. News*, 9 juillet.)

Conjonctive. — Étude clinique sur la contagion et la marche de la conjonc-

tivite granuleuse étudiée spécialement dans la région lyonnaise, par Fougerousse. (*Thèse Lyon*, n° 380.) — Forme particulière de conjonctivite granuleuse associée à l'ichthyose, par Buller. (*Amer. ophth. Soc.*, 20 juillet.) — Du traitement antiparasitaire de la conjonctivite granuleuse vraie, par Camerlingo. (*Incurabili*, n° 10.) — Des granulations conjonctivales, par Armaignac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 juillet.) — Observation de conjonctivite diphtéritique, par Grand. (*Loire méd.*, 15 août.) — Un cas de conjonctivite diphtéritique, par Trousseau. (*Union médicale*, 5 sept.)— Un cas de pemphigus de la conjonctive, par Tilley. (*The Am. journ. of Ophthalm.*, juin.)

Contagion. — De la contagion par les appareils à inhalation d'éther, par Keetley. (*Ann. of surg.*, août.) — Dermoïdes multiples de la conjonctive et de la cornée, coloboma de la paupière droite, par Gand. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.)

Coqueluche. — Une épidémie de coqueluche, par de Hieronymis. (*Rivista clinica e terapeutica*, juillet.) — Le benzol dans la coqueluche, par Lynch. (*Brit. med. Journ.*, 29 oct.) — Benzol pur dans la coqueluche, par Lowe. (*Ibid.*, 15 oct.)

Cordon omb. — Sur les anomalies dn cordon ombilical, par Taruffi. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, 1, 2.) — Prolapsus et procidence du cordon ombilical, par Theophil Schaad. (*Thèse Berne*, 1886.)

Cornée.—Production de l'épithélium cornéen, examen histologique d'un poil implanté sur la cornée, par Roeder. (*Klin. Monats. f. prakt. Augenheik.*, juillet.)—Production récidivée de vésicules sur la cornée, par Hortsmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.) — Pathogénie du pterygion, par Theobald. (*Amer. opht. Soc.*, 20 juillet.)— Contribution à l'étude de la kératite superficielle infectieuse, par Gallenga. (*Bollettino d'ocul.*, 1er juin.) — Des nouveaux modes de traitement des ulcérations de la cornée, par Schæfer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22, p. 475.)— Du pronostic et du traitement des grands abcès de la cornée, par Montagnon. (*Thèse de Lyon*, n° 376.) — Des hémorragies de la cornée et de leur diagnostic différentiel, par Galezowski. (*Rec. d'ophtalm.*, avril.) — Infiltration sanguine de la cornée, par Rampoldi. (*Gaz. med. ital. lombardia*, 4 juin.) — Quelques mots sur le trachome, par Reich. (*Centr. f. prakt. Augen.*, juillet.) — Granulome sarcomateux de la cornée datant de sept ans, par Reuling. (*Arch. f. opht.*, juin.) — Tumeur de la cornée, par Cross. (*Ophtalm. soc. of unit. Kingd.*, juillet.) — Nouveau traitement du kératocone, par Abadie. (*Arch. d'opht.*, n° 3, p. 201.) — Injection contre la kératite parenchymateuse, par Abadie. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.)

Cou. — Du phlegmon sous-hyoïdien septique, par Mollière. (*Province méd.*, 13 août.)

Crâne. — Quelques caractères différentiels du crâne humain, par Sergi. (*Congrès de Pavie*, sept.)— De la crâniométrie intra-utérine, par Trachet. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Cas rare de dystrophie de la face et de la tête, par Putnam. (*Amer. neurol. assoc.*, 21 juillet.) — Deux crânes difformes, par Julius Fridolin. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, CIV, H. I, p. 156). — Études sur les plaies du crâne et du cerveau, par Roth. (*Münch. med. Woch.*, n° 9.) — Fracture de la base du crâne, par Michel et Bormans. (*Arch. méd. belges*, juillet.)— Fracture du crâne avec lésion du cerveau, aphasie consécutive, par di Fede. (*Bull. accad. med. di Roma*, mai.) — Fracture du pariétal droit, perte de 7 à 8 grammes de matière

cérébrale, guérison en quelques jours, par Grégoire. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Plaie du crâne au niveau du sillon de Rolando, trépanation, par Wilhelm Koch. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 novembre.) — Des traumatismes du crâne par armes à feu de petit calibre, clinique et thérapeutique, par Verchère. (*Arch. roumaines de chir.*, n° 2.) —Fracture du crâne à symptômes obscurs (fissure du frontal et de l'ethmoïde), par Rickman Godlee. (*Brit. med. journ.*, p. 675, mars.)—Fracture du crâne, épanchement purulent sous le péricrâne; guérison par la trépanation, par Frederick Treves. (*Ibid.*, p. 934, avril.) — Fracture comminutive du crâne ; guérison, par J. Jenkyns. (*Ibid.*, p. 727, avril.) — Trois cas de traumatisme crânien, par A. Perry. (*Ibid.*, p. 20, juillet,)—Fracture comminutive du crâne, destruction des circonvolutions angulaire et supra-marginale, absence de signes objectifs, mort, par Golding Bird. (*Ibid.*, 1er oct.) — Fracture et enfoncement du sinus frontal avec intégrité probable de la table interne; guérison, par Mestrude. (*Arch. méd., milit.* p. 147, juillet-août.)— Fracture compliquée du crâne, début de méningite, trépanation, guérison, par Kummer. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 1er juillet.) — Blessure de la tête, suivie de paralysie et de convulsions épileptiformes, par Joseph Coats. (*Glasgow med. journ.*, février.) — De la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par les balles de petit calibre, par Esprit. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — Sur les lésions traumatiques du crâne, par Rolland. (*Thèse Bordeaux.*) — Les symptômes pupillaires dans les traumatismes craniens, par Hutchinson. (*Ophthalm. review*, mai-juin.)— Traitement des fractures compliquées du crâne, par Wagner. (*Münch. med. Woch.*, n° 7.) — Myxome du crâne, par Jacob. (*London path. soc.*, 18 oct.)

Criminels. — De la réclusion au point de vue philosophique, physiologique et pathologique, par Jacquemart. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, sept.) — Du tatouage chez les criminels, par Boselli et Lombroso. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 1.) — Tatouage chez les femmes criminelles et prostituées, par Salsotto. (*Ibid.*)

Cristallin. — Étude expérimentale des contusions simples du cristallin, par Schirmer. (*Inaug. diss. Greifswald.*) — Luxation rare du cristallin, par Montagnon. (*Arch. d'ophtalm.*, n° 3.) — Cataracte observée chez un sujet atteint de diabète transitoire par abus de bière, par Rampoldi. (*Gazz. med. ital. lombard.*, n° 34.) — De la cataracte naphtalinique, par Hess. (*Revue gén. d'opht.*, 30 sept.) — Recherches expérimentales pour servir à l'étude de la cataracte traumatique, par Boé. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 3, p. 193.) — Jugement motivé sur l'extraction à lambeau de Daviel et sur l'extraction linéaire de Graefe, par Jacobson. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, avril.) — Mille opérations de cataracte, par Knapp. (*Amer. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Note sur la cataracte et son opération, par Beslin. (*Zeit. f. vergl. Augen.*, V, 1.) — Sur l'opération de la cataracte, par Schweigger. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 août.) — De l'opération de la cataracte, par Schoeler. (*Ibid.*, 19 sept.) — Curieux effets du blépharospasme sur l'opération de la cataracte, par Couturier. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Opérations aseptiques de cataracte avec irrigations, par Williams. (*Amer. ophtalm. Soc.*, 20 juillet.) — Sur l'extraction de la cataracte par le procédé de Notta, par Colombe. (*Normandie méd.*, 17 oct.) — De l'opération de la cataracte par extraction, par Pechdo. (Brochure, *Villefranche.*) — Suture du limbe après l'extraction de la cataracte, par Sime. (*Boll. d'ocul.*, 1er juin.) — Extraction de cataracte sans iridectomie, par Bull. (*Amer. ophtalm. Soc.*, 20 juillet.) — *Idem*, par Knapp. (*Ibid.*)

Croissance. — De la fièvre de croissance, par Reclus. (*Gaz. des hôpit.*, 22 nov.)

Cysticerque.—Des cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil, par DAUBIN. (*Thèse Bordeaux.*)—Cysticerque du cerveau chez l'homme, par PROSPER LEMAISTRE. (*Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne,* n° 7, juillet.) — Cysticerque libre dans le cerveau, par GOLDSCHMIDT. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XL, 3 et 4.)

D

Daltonisme. —Daltonisme chez les employés de chemins de fer, par THOMSON. (*Med. News*, 13 août.)

Démographie. — La longévité dans ses rapports avec l'histoire, l'anthropologie et l'hygiène, par CORRADI. (*Revue d'hyg.*, IX, 926, octobre.)— Ethnographie et démographie lyonnaises, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — La mortalité de l'enfance à Marseille comparée à celle de la France et des autres nations, par MIREUR. (In-8°, *Marseille.*) — Les oscillations périodiques de la mortalité et leur signification en médecine, par A. OLDENDORFF. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CV, H. I, p. 110.) — De l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance de la mortalité dans la région de Bône, par MAILLOT. (*Gaz. des hôp.*, 11 oct.)

Dengue. — Sur une épidémie de dengue observée à Taïti, sa propagation à bord de l'aviso le *Volage*, par ALLIOT. (*Thèse de Bordeaux.*)

Dent. — Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques, par VAQUEZ. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8, 9.) — Histologie de la pulpe dentaire, par WEIL. (*Deutsche Monats. fur Zahnheilkunde.*) — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, par Mme SOLLIER. (*Thèse de Paris,* 27 oct.) — Dents surnuméraires par CARVER. (*Cambridge med. soc.*, 8 juillet.) — Des soins prophylactiques données aux dents, par MILLER. (*Cent. f. ges. Therap.*, juillet.)

Désinfection. — Sur la désinfection par l'acide sulfureux, par VALLIN et RICHARD. (*Revue d'hyg.*, mai.) — De l'efficacité du thymol dans la désinfection intestinale, par V. MARTINI. (*Annali universali di medicina*, vol. 279.) — Recherches sur l'action désinfectante de la chaux, par LIBORIUS. (*Zeit. f. Hyg.*, Bd. II, Hft. 1.) — Le chaland à désinfection du port du Havre. (*Revue d'hyg.*, IX, 680, août.) — Note sur une étuve locomobile à désinfection, par CHARLES HERSCHER. (*Ibid.*, 8 sept.) — Les étuves à désinfection, par A.-J. MARTIN. (*Ibid.*, 9 octobre.) — La pratique de la désinfection, par RICHARD, LŒFFLER et DOBROSLAVINE. (*Ibid.*, 7 octobre.)

Diabète. — Le diabète, par WIHL. EBSTEIN. (*Wiesbaden.*)— Du diabète sucré d'après les connaissances acquises sur la formation du sucre dans l'organisme, par SEEGEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — Du diabète, par PAVY. (*Med. News*, 24 sept.) — Pathogénie et traitement du coma diabétique, par BIGEARD. (*Thèse de Lyon*, n° 368.)— Diabète sucré et coma diabétique, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Association du diabète et de l'ataxie (névrite périphérique probable), par T. PRYCE. (*Brit. med. journ.*, p. 883, avril.) — Des troubles de l'intelligence chez les diabétiques, par BLANCHET. (*Journ. de méd. de Paris*, 7 août.) — Sur l'état mental dans le diabète, par FASSY. (*Thèse de Bordeaux.*) — Diabétides génitales gan-

gréneuses. par FOURNIER. (*Rev. de clin. et thér.*, 21 juillet.) — Gangrène diabétique, par DUROT. (*Journ. des sc. méd. Lille*, 16 sept.) — Cas de diabète sucré dans les premières années de la vie, remarquables par leur gravité, par T. M'CALL ANDERSON. (*Glasgow med. Journ.*, mai.) — Observation de diabète terminé après 2 ans 1/2 d'évolution par une pneumonie foudroyante, par GUINAND. (*Loire méd.*, 15 nov.) — La véritable indication du lait dans le traitement du diabète sucré, par J. TYSON. (*Med. News*, 5 nov.) — Le thymol dans le traitement du diabète, par BUFALINI. (*Ann. univ. di med.*, vol. 281.) — De la saccharine dans le diabète sucré, par KOHLSCHÜTTER et ELSASSER. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — Diabète et sulfate de quinine, par ODIN. (*Rev. de clin. et thér.*, 4 août.) — Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques, par TRONCHET. (*Thèse de Bordeaux.*)

Digestion. — Physiologie comparée de la digestion, par CATTANEO. (*Boll. scient. di Pavia*, mars.) — De la production d'acide lactique dans la digestion normale de la viande, par J. BOAS. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 609.) — Aperçu général sur la pathologie médicale des annexes de l'appareil digestif, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, avril.) — De la digestion chez quelques rhizopodes, par GREENWOOD. (*Journ. of physiol.*, VIII, n° 5.) — Maladies de l'appareil digestif (angines, stomatites, affections de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin), leçons, par BAUMEL. (In-8°, *Montpellier.*)

Diphtérie. — Rapport du Dr GEORGE TURNER sur la diphtérie, en particulier dans ses rapports avec les animaux inférieurs. (*Local government Board*, juillet.) — Sur l'étiologie de la diphtérie, par THOINOT. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 8, août.) — Rapports de la diphtérie avec les fumiers, par LONGUET. (*Ibid.*, octobre.) — Avis du comité consultatif supérieur pour les affaires médicales relativement à la transmission de la diphtérie des volailles à l'homme, par VIRCHOW. (*Viertelj. f. gerichst. Med.*, XLVII, p. 95, juillet.) — Nature et voies de propagation de la diphtérie, par J. TEISSIER. (*Lyon méd.*, 30 oct.) — Étiologie et traitement de la diphtérie, par GRANT. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Sur la diphtérie atténuée par VARIOT. (*Bull. méd.*, 28 août.) — L'étiologie et la pathogénie de la diphtérie, par TIRABOSCHI. (*Giorn. int. di sc. med.*, n° 7.) — De la diphtérie, étude statistique, par SEITZ. (*Corr.-bl. f. schw. Aerzte*, 15 janv. et suiv.) — Sur une épidémie de diphtérie, par ALB. MOUILLOT. (*The Dublin journ. of med. sc.* p. 352, avril.) — La diphtérie est-elle une maladie générale ou locale? par METTENHEIMER. (*Memorabilien*, n° 3.) — Angine diphtéritique suivie de coma et d'abcès rétropharyngien. Guérison, par LEYDEN. (*Berlin. kl. Woch.*, 4 juillet.) — Thromboses cardiaques dans la diphtérie et les autres maladies aiguës de l'enfance, par C. CHAFFEY. (*Brit. med. journ.*, p. 121, juillet.) — Paralysie double de l'accommodation consécutive à la diphtérie, par DAGUILHON. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, janv., mars.) — Perte précoce du réflexe du genou dans la diphtérie, par MACDONNELL. (*Med. News*, 15 octobre.) — De la diphtérie de la vulve, par Gordon BLACK. (*Provincial med. journ.*, août, p. 341.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie, par J. SIMON. (*Progrès médical*, 4 juin.) — L'arsenic dans la diphtérie, par MOLONY. (*Brit. med. journ.*, 29 octobre.) — Traitement de la diphtérie par l'essence de térébenthine (1 cas), par KAPPESSER. (*Centr. f. klin. Med.* p. 481.) — Du biodure de mercure dans la diphtérie, par WATSON. (*Brit. med. journ.*, 8 octobre.) — De l'acide sulfureux contre la diphtérie, par SNOW. (*Ibid.*) — Sur le traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer et le lait, par MOHAMED BEN NEKKACH. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 nov.) — Traitements antiseptiques de la diphtérie, par LE GENDRE. (*Arch. de laryng.*, n° 1.) — Sur le traitement de la diphtérie, par GUELPA. (*Journ. de méd. de*

Paris, 31 juillet.)—Diphtérie et trachéotomie, par LACHLAN-TYLER. (*Journ. of Amer. assoc.*, 27 août, p. 269.)

Dysenterie. — De la dysenterie endémique dans les pays chauds, notamment au Sénégal, par RANÇON. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée et de la dysenterie chroniques des pays chauds, par BONAIN. (*Thèse de Bordeaux.*)

E

Eau. — L'eau potable et les maladies infectieuses, par HUEPPE. (*Revue d'hyg.*, IX, 868, oct.) — L'analyse de l'eau, par A. G. ZIEGELER. (*Stuttgard.*) — Sur quelques bactéries des eaux de boisson, par MACÉ. (*Annales d'hyg. publ.*, XVII, 354, avril.) — Recherches biologiques sur la glace dans ses rapports avec l'hygiène, par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 17.)

Eaux minérales. — Guide pour l'analyse des cendres et des eaux minérales, par ROBERT BUNSEN. (2e édition, *Heidelberg.*) — Micro-organismes des eaux thermales, par CERTES. (*Assoc. franç., Congrès de Toulouse.*) — Les principales eaux minérales de la Hongrie, par KORNEL CHYZER. (*Stuttgard.*) —De la balnéothérapie dans les maladies de la gorge. (*Journ. of laryngol.*, nov.) — Parallèle entre la source salée d'Elster et le Kreuzbrunnen de Marienbad, par R. FLECHSIG. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juin.)— Indications et contre-indications des eaux minérales et des bains de mer fournies par la métalloscopie et par la sensibilité, argent en particulier, par MORICOURT. (*Gaz. des hôp.*, 18 août.) — Traitement de la constipation rebelle par l'eau de Vittel, par RODET. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Les eaux de Carlsbad, par G. RHEINER. (*Correspondenz Blatt f. sch. Aerzte*, 15 oct.)

Éclampsie. — Néphrite glomérulaire dans l'éclampsie, par RIBBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.) — Eclampsie puerpérale, glycosurie, cécité verbale, guérison, par JOCQS. (*France médicale*, 3 mai.) — Deux cas d'éclampsie albuminurique traités par la pilocarpine, par BERTRAND. (*Normandie médicale*, 1er juillet.) — Éclampsie compliquée d'acétonurie, par ALFRED SMITH. (*Brit. med. journ.*, p. 1275, juin.) — De l'apoplexie comme suite mortelle de l'éclampsie, par PFANNENSTIEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 sept.) — Un cas d'éclampsie puerpérale chez une jeune femme syphilitique, par COURRENT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 39.) — Le traitement de l'éclampsie puerpérale, par JAWETT. (*Americ. gyn. soc.*, 15 sept.) — Le traitement de l'éclampsie puerpérale, par OATMAN. (*Congrès méd. internat. Washington.*)

Eczéma. — Traitement de l'eczéma, par LETZEL. (*Med. chir. Centralb.*, n° 22.)

Électricité. — Traité d'électricité médicale, recherches physiologiques et cliniques, par ONIMUS. (In-8°, 1218 pages, *Paris.*) —Des variétés de réaction de dégénérescence et de leur signification diagnostique, par STINTZING. (*Deutch. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — Courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain, par CHAZARAIN et DÈCLE. (*Assoc. franç.*

Congrès de Toulouse.) — De l'électrolyse dans le traitement de quelques affections de la peau et des muqueuses, par Mermod. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 81.) — Etudes sur l'influence de l'électricité sur l'intestin, par Schillbach. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 2.) — Méthode d'électrolyse, par Martin. (*Chicago gyn. Soc.*, 27 mai.) — Electrolyse contre les fibromes utérins, par Lawson Tait. (*Birmingham and Midland counties branch*, 13 oct.) — De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie, par Mundé, trad. par Ménière. (In-8°, 80 p., *Paris.*)— De la recherche des corps étrangers métalliques avec l'aiguille magnétique, par Graser. (*Münchener med. Woch.*, n° 15.) — Nouvel appareil pour l'emploi thérapeutique de l'électricité de tension (franklinisation), par A. Eulenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 nov.)

Éléphantiasis. —De l'éléphantiasis du scrotum, notamment chez les indigènes de la Nouvelle-Calédonie et des îles environnantes, par de Taroni. (*Thèse de Bordeaux.*)

Embryotomie. — De l'abaissement d'un bras ou des deux bras comme méthode applicable à l'extraction du tronc après la basiotripsie dans les bassins rétrécis, par Ribemont-Dessaignes. (*Ann. de gynéc.*, nov.) — La laparotomie doit remplacer l'embryotomie quand le fœtus est vivant, par Wm. H. Wathon. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par les substances alimentaires altérées, par de Boyer de Camprieu. (*Thèse de Bordeaux.*) — Expériences prouvant la réapparition de moules toxiques à Wilhelmshaven, par M. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 nov.) — Cas d'empoisonnement par le fromage, par Wallace. (*Med. News*, 16 juillet.) — Empoisonnement mortel par les champignons, par Boyer. (*Brit. med. journ.*, 8 oct.) — Empoisonnement par les champignons, par Wilson. (*Ibid.*, 22 oct.) — De l'empoisonnement par l'alcool au point de vue médico-légal, par Ravaglia. (*Bull. d. sc. méd. Bologne*, 1-2.) — Asphyxie par le charbon, inhalation d'oxygène, guérison, par V. Gautier. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 475, août.) — Action des lavages du sang dans les empoisonnements aigus, par Sanquirico. (*Arch. per. le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Sur l'empoisonnement des grenouilles par des mélanges d'acide carbonique et d'oxygène, d'oxyde de carbone et d'oxygène, par Gréhant. (*Soc. biol.*, 26 mars.) — Influence du jeûne sur la résistance des animaux à quelques alcaloïdes toxiques, par G. H. Roger. (*Ibid.*, 19 mars.) — Intoxication par la cocaïne, par James Magill. (*Brit. med. journ.*, p. 617, mars.) — Accidents toxiques causés par l'ingestion des fruits du Jatropha curcas, par A. Perrin. (*Arch. méd. milit.*, p. 483, juin.) — Empoisonnement par l'aconit, guérison, par Brick. (*J. of amer. Assoc.*, p. 567, 21 mai.) — Empoisonnement par l'aconit, par A. Morel-Lavallée. (*France médicale*, 28 mai.) — Recherches sur l'empoisonnement par le nitrate de cytisine, par Marmé. (*Wochricht. der k. d. Wiss. zu Gœttingen*, n° 7.) — Des troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie, par Lutaud. (*Union médicale*, 30 juin.) — Respiration artificielle dans l'empoisonnement par l'opium, par Fell. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Empoisonnement par la pilocarpine, par Glinsky. (*C. R. de la soc. de Kharkow*, I, 1886.) — Empoisonnement par l'acide phénique chez un enfant, par Bornèque. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, par F. Jenni-Temme. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Empoisonnement par l'acide chromique appliqué en pansement sur la gencive, par Tisné. (*Journ. de méd. de Paris*, 10 juillet.) — Le cathéthérisme des canaux de Sténon dans le traitement de l'hydrargy-

risme, par SCARENZIO. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mars-avril 1886.) — Mort à la suite de frictions mercurielles, par BRAUS. (*Deut. med. Woch.*, n° 27.) — Examen toxicologique de 5 corps dans un cas d'empoisonnement par le chromate de plomb, par REESE. (*Med. News*, 27 août.) — Un cas d'intoxication par l'ammoniaque, par BONNET. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 7 mai.) — Trois cas d'empoisonnement par le phosphore traités par l'essence de térébenthine, par BÈNE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etude médico-légale sur l'empoisonnement par le chlorate de potasse, par CHATAING. (*Thèse de Lyon*, n° 386.) — Empoisonnement chronique par l'arsenic, par W. CUSHING. (*J. of Amer med. Assoc.*, p. 578, 21 mai.) — Empoisonnement par le chlorure de zinc, destruction complète de l'estomac, par W. JALLAND. (*Brit. med. journ.*, p. 1387, juin.) — Un cas d'empoisonnement mortel par les vapeurs sulfureuses, par SURY-BIENZ. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVII, p. 143 et 317, juillet.) — Formation et élimination de pigment ferrugineux dans l'empoisonnement par la totuylendiamine, par ENGEL et KIENER. (*Acad. des sciences*, 12 sept.) — Un cas d'intoxication par l'essence de térébenthine, par REINHARD. (*Deut. med. Woch.*, n° 13.) — Intoxication par le sulfure de carbone chez un ouvrier en caoutchouc vulcanisé, par MENDEL. (*Berl. klin. Woch.*, 31 janv.)

Enfant. — Traitement des maladies de l'enfance, par ALFRED VOGEL, 9e édition revue par PHILIPP BIEDERT. (*Stuttgard.*) — L'examen clinique des enfants, par BARLETTA. (*Rivista clinica a terapeutica*, août.) — Le guide maternel ou l'hygiène de la première enfance, par SELLE. (In-12, *Paris.*) — Hygiène de l'enfance ; conseils aux mères sur la manière d'élever leurs enfants ; surmenage scolaire et ses conséquences, par CRUARD. (In-12, *Paris.*) — Principes scientifiques de la nutrition des enfants, par LEEDS. (*Congrès méd. internat. Washington*). — Des soins à donner aux yeux de l'enfant nouveau-né et de son habillement, par ARTEMIEFF. (*Arch. de tocol.*, 30 sept.) — Des deux signes qui caractérisent un enfant à terme et de leurs variations physiologiques, par ISSMER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXX, 2.) Notes sur les enfants nés avant terme, par TAYLOR. (*Americ. journ. of obstet.*, oct.) — Formulaire thérapeutique pour les maladies des enfants, par OSCAR SILBERMANN. (*Breslau.*) — Des convulsions chez les jeunes enfants, de leurs causes et de leur traitement (emploi du chloroforme), par LISSONDE. (*Broch. Paris.*) — Leçon clinique sur l'hémiplégie chez les enfants, par JOHN ABERCROMBIE. (*Brit. med. journ.*, p. 1320, juin.) — Hémorragie cérébrale chez un enfant de cinq ans, à la suite d'une thrombose des sinus, par HANDFORD. (*Brit. med. journ.*, p. 1098, mai.) — Quelques faits de paralysie des nouveau-nés, par ROULLAND. (*Thèse de Paris*, 16 nov.) — Notes sur quelques cas d'hystéricisme chez des enfants, par PIETRO CELONI (*Lo Sperimentale*, avril.) — De la migraine chez les enfants, par SINKLER. (*Philad. county med. soc.*, 12 oct.) — Tuberculose de la protubérance chez un enfant, par ISCH WALL et BOURNEVILLE. (*Progrès médical*, 13 août.) — De la broncho-pneumonie chez les enfants, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 11 août.) — De la pleurésie purulente infantile, par LYCOPS. (*Arch. méd. belges*, juin.) — De l'empyème chez les enfants, 6 cas, par RUSSEL. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — De la diarrhée infantile, par WHEELER JONES. (*J. of Amer. Assoc.*, p. 366, 17 sept.) — De la résorcine dans la diarrhée infantile, par CONCHA. (*La Cronica med. de Lima*, fév.) La naphtaline dans les affections intestinales des enfants, par WIDOWITZ. (*Therap. Monats.*, nov.)—Traitement de la diarrhée infantile, par Mlle LEA LOWENTON. (*Thèse de Zurich*, 1886.) — Traitement du choléra infantile dans les hôpitaux de New-York. (*Med. News*, 9 juillet.) — Traitement du choléra infantile dans les hôpitaux de Philadelphie. (*Med. News*, 16 juillet.) — Invagination produite chez un enfant de huit ans, par une tumeur

développée sur la muqueuse du côlon transverse, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, p. 780, avril.) — Des hémorragies intestinales du premier âge consécutives à l'invagination, par JOYAU. (*Thèse de Bordeaux.*)— Un cas d'ascite idiopathique chez l'enfant, par CARRIÈRE. (*Montpellier médical*, juin.) — Des érythèmes fessiers chez les enfants du premier âge, par SEVESTRE. (*Semaine méd.*, 20 oct.) — Dermatite gangréneuse des jeunes enfants, par RADCLIFFE CROCKER. (*Brit. med. journ.*, p. 1333, juin.) — De la néphrite parenchymateuse dans l'enfance et de son traitement, par C. FERREIRA. (*Rev. de clin. et de thér.*, 20 oct.) — Du diabète sucré chez les enfants, par SIMON. (*Rev. des mal. de l'enfance*, oct.)— Les injections hypodermiques d'éther dans la thérapeutique infantile, par STOCQUART. (*Archiv. de méd. et chir. prat.*, août.) — Des alcooliques dans la thérapeutique infantile, par FERREIRA DE REZENDE. (*Rev. des mal. de l'enf.*, août.) — De l'emploi du rhus aromaticus dans l'incontinence nocturne d'urine des enfants, par MAX (*La Clinique*, août.) — De l'antifébrine dans les maladies fébriles de l'enfance, par WIDOWITZ. (*Med. chir. Centralb.*, n° 37.) — Note sur un cas d'hématome du sterno-mastoïdien chez un nouveau-né, par COLOMBE. (*Normandie médicale*, 1er juin.)—La coxalgie dans l'enfance avec remarques spéciales sur la résection, par WRIGHT. (In-8°, *Londres.*) — Fracture non consolidée de la clavicule chez un enfant de 15 mois ; résection et avivement des fragments ; guérison, par BILTON-POLLARD. (*Brit. med. journ.*, p. 676, mars.) — De la litholapaxie chez les enfants, 22 cas, par GOLDSMITH. (*Indian med. Gaz.*, mai.) — De l'uréthrotomie interne chez l'enfant, par DE PEZZER. (*Union médicale*, 9 août.)

Épidémie. — La prophylaxie internationale des épidémies, par VALLIN, SONDEREGGER, FINKELNBURG et S. MURPHY. (*Revue d'hyg.*, oct.)

Épilepsie. — Les familles d'épileptiques, par BOMBART. (*Thèse de Bordeaux.*) — Notes sur l'épilepsie criminelle, par LOMBROSO. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, 15 sept., et *Arch. psichiatria*, VIII, 3.) — De la température dans l'état de mal épileptique, par BOURNEVILLE. (*Progrès méd.*, 27 août.) — Marche chez les criminels et les épileptiques, par PERACCHIA. (*Arch. di psichiatria*, VIII, 3.)—Relations entre l'épilepsie et la folie, par H. SAVAGE. (*Brain*, p. 446, janv.) — Hémi-épilepsie corticale traumatique, trépanation, état du malade 6 mois après l'opération, par HOUZÉ. (*La Clinique*, 4 août. — Logonévrose épileptique, par BATEMAN. (*Encéphale*, n° 4.) — Epilepsie consécutive à un traumatisme du crâne, absence de lésions appréciables dans les centres nerveux, par RIVALS. (*Arch. de physiol.*, n° 15 août.) — Note sur le traitement de l'épilepsie, par BALL. (*Encéphale*, n° 4.) — Traitement de l'épilepsie par la trépanation, par GARMANY. (*Cong. intern. Washington.*)

Épithélium. — De l'évolution des éléments basilaires dans les épithéliums pavimenteux stratifiés, par RETTERER. (*Soc. de biologie*, 18 déc. 1886.)

Épithélioma. — Cancroïdes cutanés, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 oct.) — Epithéliome kystique de la région sus-hyoïdienne gauche ; ulcération de l'artère faciale ; ligature de la carotide primitive, par LEJARS. (*Soc. anatomique*, décembre 1886.)

Éruption. — Sur les éruptions pustuleuses d'origine iodique, par DE AMICIS. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Eruption papuleuse d'aspect vacciniforme ou syphiloïde survenue à la région génitale chez une petite fille de 23 mois, par FOURNIER. (*France médicale*, 25 juin.)

Érysipèle. — Étude du streptococcus de l'érysipèle, par GUARNIERI. (*Arch.*

per le sc. med., XI, 2 et 3.) — Présence des streptocoques dans le sang chez un érysipélateux, par C. von Noorden. (*Münch. med. Woch.*, p. 33.) — Relation d'une épidémie d'érysipèle à l'hôpital d'Aix, par Latil. (*Union médicale*, 9 juin.) — L'érysipèle et sa contagion, par Larroque. (*Union médicale*, 7 juin.) — Erysipèle du pharynx et du larynx, épidémique et sporadique, par Bed. Brown. (*J. of Amer. Assoc.*, p. 11, 2 juill.) — Des complications oculaires dans l'érysipèle de la face, par Colle. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etude de l'érysipèle chez l'enfant, par Atkinson. (*Americ. dermat. Assoc.*, 31 août.)— Traitement de l'érysipèle, par Robert Pollok, (*Glasgow medical Journal*, mai.) — Traitement de l'érysipèle chirurgical, par Barette. (*Rev. gén. de clin.*, 15 sept.)

Érythème. — Des érythèmes polymorphes, par Jacquet. (*Gaz. des hôp.*, 8 oct.) — Erythème noueux du larynx, de la trachée et du testicule, par Breda. (*Congrès de Pavie*, sept.)— Etude des érythèmes par Polotebnoff. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. Ergänzungsheft*, II.)

Estomac. — Sur l'évolution des cellules glandulaires de l'estomac chez l'homme et les vertébrés, par Pilliet. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, sept.-oct.) — De l'action des fibres obliques de l'estomac, par Alexandre Paris. (*Progrès médical*, 4 juin.)—Un cas d'hypersécrétion d'acide chlorhydrique dans l'estomac, par J.-C. Blonk. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.) — Influence de la sécrétion du suc gastrique sur la teneur en chlorure des urines, par Georg Sticker. (*Ibid.*, 10 oct.) — De l'absorption de la muqueuse gastrique au point de vue diagnostique et pendant la fièvre, par Paul Zweifel. (*Thèse de Zurich*, 1886.) — Les réactions des liquides de l'estomac et leur valeur diagnostique, par Chéron. (*Union médicale*, 11 avril.) — De la sécrétion du suc gastrique dans le cancer du pylore, et de ses méthodes d'analyse, par G. Sticker. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 625.) — Les colorants appliqués à la recherche et à la détermination de l'acide libre du suc gastrique, et en général des acides dans les liquides organiques, par Laborde. (*Bull. de thérapeutique*, 30 janv.) — De la sécrétion continue du suc gastrique, par Riegel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 637.) — L'état actuel du diagnostic et de la thérapeutique des maladies de l'estomac, par Boos. (*Ibid.*, n° 24, p. 519.) — Sur une forme exceptionnelle de dilatation de l'estomac, par Danlos. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 août.) — Dilatation simple de l'estomac, par Allbutt. (*London med. soc.*, 17 oct.)— Réflexions sur les atonies gastriques, variétés anatomiques, distension, atonie, dilatation de l'estomac, par Malibran (*Broch. Nancy.*) — De la dilatation de l'estomac, par Guéry. (*Thèse de Lille*, 28 déc. 1886.) — Un cas de vertige stomacal, par Bavachi. (*Rev. de clin. et thérap.*, 27 oct.) — Occlusion du pylore par la sarcine de l'estomac, par C.-M. Richter. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 1, p. 198.) — Du rétrécissement congénital du pylore, par Maier. (*Arch. f. path. Anat.*, CII, 3.) — Considérations cliniques, physiologiques et thérapeutiques à propos d'un cas de cancer de l'estomac, par V. Parisot et P. Parisot. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — Quelques mots sur des affections gastriques non cancéreuses, s'accompagnant de suppression de la sécrétion d'acide gastrique, par J. Grundzach. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet.) — Cancer de l'estomac et du pancréas, par J. Hamilton. (*J. of Amer. Assoc.*, p. 630, 4 juin.) — Polyadénomes gastriques et cancer de l'estomac, par Ménétrier. (*Soc. anatomique*, déc. 1886.) — Un cas de nécrose partielle de la muqueuse stomacale avec abondance énorme de bacilles, par Dietrich Nasse. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 3, p. 548.) — Disparition des tumeurs de l'estomac, par Henrot. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Accident de pompage stomacal, introduction du tube dans les voies aériennes, par Couetoux. (*Ann. des*

mal. de l'oreille, juillet.) — Cocaïne dans les affections de l'estomac, par Salet. (*Assoc. franç., Congrès de Toulouse.*)— Action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac, par d'Ardenne. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse*, et *Rev. gén. de clin.*, 6 oct.) — De la guérison des plaies de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus; remarques sur l'état des muscles lisses, par Ritschl. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.) — Efficacité de l'écorce de condurango chez les malades offrant les symptômes d'un cancer stomacal, par Riess. (*Berl. klin. Woch.*, 7 mars.) — Du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac d'après les travaux les plus récents, par Glaz. (*Lyon méd.*, 31 juillet.) —Traitement chirurgical du cancer de l'estomac et des rétrécissements fibreux de ses orifices, par Hache. (*Bulletin méd.*, 19 oct.) — Etude sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par Springer. (*Union médicale,* 21 mai.) — Résection de l'estomac et du pylore; guérison, par Tansini. (*Congrès de Paris*, sept.) — Revue critique sur la résection du pylore, par Js. Mac Ardle. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 511, juin.) — Extirpation d'un cancer du pylore chez une femme de 35 ans ; guérison, par Stetter. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 sept.) — Résection du pylore, par Salzer. (*Wien. med. Presse*, n° 24, p. 850.) — Résection du pylore, par Mac Ardle. (*Brit. med. Journ.*, p. 733, avril.)

Exanthème. — Quelques cas d'exanthèmes polymorphes, par Josserand. (*Province méd.*, 1er oct.)

Expectoration. — De l'expectoration, étude de diagnostic clinique, par Kaatzer. (In-8°, *Wiesbade.*) — Etude sur les crachats, par Kossel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 2.)

F

Face. — De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la face, par Verchère. (*Gaz. des hôp.*, 1er oct.) — Deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face, par Chauvel. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 octobre.)

Fibrome. — Fibrome multiple de la peau et des nerfs, avec transformation en sarcome et productions métastatiques, par Westphalen. (*Arch. f. path. Anat.*, CX, 1.)

Fièvre. — La fièvre, pathogénie et thérapeutique rationnelle. (*La Riforma med.*, 10 oct.) — Sur les mouvements réflexes des vaisseaux à l'état de santé et de fièvre, par Maragliano et Lusone. (*Congrès de Pavie*, sept.)— Recherches expérimentales, sur le décours de la fièvre chez les typhiques et les pneumoniques, par Ampugnani. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Fièvre infectieuse ou fièvre dyspeptique? par Rizzo Matera. (*Rivista clin. e terap.*, septembre.) — La fièvre, causes, mécanisme, traitement rationnel, par Austin Flint. (*Med. News*, 10 sept.)

Fièvre jaune. — Note sur la pathogénie de la fièvre jaune, par Alvarado. (*Congrès intern. Washington.*) — Sur le vaccin de la fièvre jaune, par D. Freire. (*Cong. intern. Washington.*)

Fistule. — Traitement préparatoire des complications des fistules urinaires et fécales chez la femme, par Bozeman. (*Cong. intern. Washington.*) — Re-

lation de 22 opérations de fistules vésico-vaginales, par RYDYGIER. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Fistule uretéro-vésico-vaginale, guérie par la colpoplastie, par POZZI. (*Ann. de gyn. et d'obst.*, avril.) — Traitement des formes graves de fistule vésico-vaginale, par THOMAS MARC MADDEN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 419, mai.) — Suture perdue avec la soie iodolisée dans la fistule vésico-vaginale, par VULLIET. (*Cong. intern. Washington.*) — Fistule vésico-vaginale, rétrécissement du vagin par bride transversale, oblitération du vagin, guérison complète, par LE BEC. (*Gaz. des hôpitaux*, 11 août.) — Fistule fécaloïde de l'ombilic, datant de deux ans et demi, guérie par l'électrolyse chimique positive, par TÉDENAT. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 13.)

Foie. — La circulation du sang dans le foie, par RATTONE et MONDINO. (*Cong. de Pavie*, septembre.) — L'excitation du foie par l'électricité augmente-t-elle la quantité d'urée contenue dans le sang, par GRÉHANT et MISLAWSKI. (*Acad. des sciences*, 16 août.) — Recherches expérimentales sur l'action du foie sur les alcaloïdes, par CHOUPPE et PINET. (*Bull. méd.*, 23 nov.) — Le foie destructeur des poisons, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 20 août.) — Note sur la suppression de la glycogénie hépatique par les injections rectales d'hydrogène sulfureux chez le lapin, par ARNOZAN et FERRÉ. (*Assoc. franc., Cong. de Toulouse.*) — Du foie sénile, par BOY-TESSIER. (*Revue de médecine*, 10 juin.) — Etude expérimentale sur les infarctus hémorragiques du foie, par WOOLDRIDGE. (*London path. soc.*, 1er novembre.) — Sur les conditions pathogéniques de l'ictère et ses rapports avec l'urobilinurie par KIENER et ENGEL. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — L'ictère catarrhal d'après les travaux récents, par PARMENTIER. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.) — Guérison des calculs hépatiques par l'évacuation des calculs biliaires, par TOUATRE. (*Arch. roumaines de chir.*, n° 2.) — Foie cardiaque, par GAUME. (*Arch. de méd.*, sept.) — Etudes expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, par STRAUS et BLOCQ. (*Arch. de physiol.*, X, n° 7.) — Les cirrhoses du foie, par P. RAYMOND. (*Gaz. des hôp.*, 3 sept.) — De la cirrhose hypertrophique sans ictère, par WATRIN. (*Thèse de Nancy.*) — De la cirrhose aiguë du foie, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Guérison de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie, par BROUSSE. (*Gaz. hebd., Montpellier*, 20 août.) — Traitement des cirrhoses du foie, par LANCEREAUX. (*Tribune méd.*, 11 septembre.) — Carcinome colloïde primitif du foie, par G. LIPARI. (*Il Morgagni*, août.) — Considérations sur l'hépatite suppurée de nos climats et son traitement, par ARNAUD. (In-8°, 67 p., *Marseille.*) — Les traumatismes de la tête, et les abcès hépatiques, par SORECA. (*Incurabili*, n° 9.) — Du traitement des abcès du foie par la méthode de Little (1 obs.), par A. RAMONET. (*Arch. méd. milit.*, p. 321, nov.) — Nouveau procédé d'ouverture des abcès du foie, par G. ZANCAROL. (*Brit. med. journ.*, p. 1270, juin.) — Note sur la ponction exploratrice du foie (technique opératoire), par BÉRENGER-FÉRAUD. (*Rev. de clin. et thér.* 27 oct.) — Plaie du foie par un coup de feu, par LEDIARD. (*London clin. soc.*, 14 oct.)

Fracture. — Compression ischémique et mobilisation précoce dans le traitement des fractures juxta-articulaires, par QUINT. (*Thèse de Lille*, 2 avril.) — Fracture isolée de la première côte, par ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, p. 119, juillet.) — Rupture manuelle du col dans une fracture ancienne de l'avant-bras, consolidée à angle droit, chez un enfant, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 3 sept.) — Des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, par HENNEQUIN. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Fracture transversale de l'olécrane par cause directe. Traitement par le massage, par KUMMER. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.)

Fracture transversale de la rotule. Ponction de l'épanchement sanguin, massage, par Kummer. (*Ibid.*, 1er octobre.) — Fracture du fémur chez un enfant de 3 ans, application de l'appareil de Tillaux, par Le Gendre. (*Gaz. des hôp.*, 29 sept.) — Contribution à l'étude des fractures du col du fémur étudiées expérimentalement sur le cadavre, par Edmond Lardy. (*Thèse de Berne*, 1886.) — Des fractures de la rotule, par Bodeau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fracture transversale de la rotule, par Frederick H. H. Alderson. (*The Practitioner*, juillet.) — Fractures transversales de la rotule, par Kirmisson. (*Sem. méd.*, 7 sept.) — Du retard dans la consolidation des fractures de jambe et de son traitement, par Le Fort. (*Bull. méd.* 10 août.) — Pathogénie et traitement des atrophies musculaires consécutives aux fractures, par Metge. (*Thèse de Bordeaux.*)

Froid. — Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme, par Bonet. (*Thèse de Paris*, 3 nov.)

Furoncle. — Traitement abortif de la furonculose par la pommade au précipité rouge, par Jorissenne. (*Soc. méd. chir. de Liège*, août.) — Contribution à la théorie infectieuse de la furonculose. Cas de pneumonie parasitaire furonculeuse, par Chambard. (*Prog. méd.*, 30 juillet.)

G

Gale. — Des éruptions secondaires de la gale chez l'homme et chez les animaux domestiques, par Majocchi. (*L'Ateneo med.*, juillet.)

Gangrène. — Du noma, par Grancher. (*Bull. méd.*, 16 oct.) — Gangrène symétrique des extrémités, par Clifford Beale. (*Brit. med. journ.*, p. 930, avril.) — Notes sur trois cas de maladie symétrique de la main et du pied (asphyxie locale), par Nevins Hyde. (*Med. News*, 8 oct.) — Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical, par Bouillet. (*Montpellier méd.*, juillet 1886 et suiv.) — Gangrène à développement rapide, amputation de la cuisse au tiers moyen ; guérison, par C. Godwin. (*Brit. med. journ.*, p. 175, juillet.) — Sur un cas de gangrène de la verge, par Lemaire. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — Affection gangréneuse aiguë ou anthracoïde du gland, par Francis Villar. (*France méd.*, 24 mai.) — De la lymphangite gangréneuse de la verge, par F. Verchère. (*Ibid.*, 26 mai.) — Des gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme, par de Bonnière de la Luzellerie. (*Thèse de Lille*, 24 mai.)

Gastrostomie. — Gastrostomie pour corps étranger (couteau de table) ; guérison, homme de 38 ans, par Bernays. (*Saint-Louis med. journ.*, n° 1.) — Gastrostomie pour l'exploration digitale de l'œsophage et l'extirpation d'un corps étranger ; guérison, par Bull. (*N. York surg. Soc.*, 12 octobre.) — Gastrostomie pour corps étrangers de l'œsophage, par Richardson. (*Cong. internat. Washington.*) — Cancer de l'œsophage, gastrostomie ; mort deux jours après, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, p. 384, 20 nov.) — Gastrostomie pour un épithéliome de l'œsophage, alimentation directe du malade par ponction gastrique ; mort au bout de six heures, par Golding Bird. (*Brit. med. journ.*, p. 1097, mai.) — Les suites d'un cas de gastrostomie (suivie pendant une maladie de douze mois) par Barker. (*Brit. med. journ.*, avril.)

Génitaux (Org.). — Les affections des organes sexuels masculins, par Th.

Kocher. (*Stuttgard.*) —Glandes de Bartholin avec doubles canaux excréteurs, par E. Lany. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 199.) — Manifestations morbides non vénériennes, observées sur les organes génitaux dans les pays chauds, par Lassabatie. (*Thèse de Bordeaux*, 1886.) —Calculs préputiaux, par Pineau. (*Assoc. franc., Congrès de Toulouse.*) — Rétrécissement pénien, par Segond. (*France médicale*, 13 octobre.) — Tumeur cornée du pénis, 2 cas, par Baldwin. (*Med. News*, 15 oct.)— Tumeur cornée du pénis, relation de 15 cas connus, par Brinton. (*Med. News*, 6 août.) — Note sur le cancer du pénis, par Horteloup. (*Acad. de méd.*, 18 oct. et *Gaz. hebd.*, 21 oct.) — De l'amputation de la verge, par Kiriac. (*Arch. roumaines de chir.*, n° 2.) — Vices de conformation des organes génitaux féminins, par Rothenberg. (*Inaug. Diss. Kœnigsberg.*) — Etudes des lésions ulcéreuses de la vulve, lupus ou esthiomène, par Pickham. (*Americ. journ. of obst.*, août.)

Genou. — Du genu valgum des adolescents, par Tillaux. (*Gaz. des hôpit.*, 20 septembre.)

Géographie méd. — Deux ans entre le Sénégal et le Niger. Contribution à la géographie médicale du Soudan français, par Lota. (*Thèse de Paris*, 24 nov.) — Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental (région aurifère entre le haut Sénégal et le haut Niger), par Crambes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à la géographie médicale du Soudan occidental. Histoire médicale du poste de Koundoz, par Jollet. (*Thèse de Bordeaux.*) — La baie de Passadova et le poste d'Amboudimadirou (Madagascar), par Lallour. (*Thèse de Bordeaux.*) — Étude sur la pathologie de Taïti, par Kergrohen. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à la géographie médicale, Madagascar et Diégo Suarez, par Duville. (*Thèse de Bordeaux.*) — La province et la citadelle de Konang-Rames, étude de géographie médicale et de pathologie exotique, par Damany. (*Thèse de Bordeaux.*) — Etude du pays de Porto-Novo, par Guellet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Souvenirs d'une campagne au Sénégal sur la *Salamandre*, par Bérolleau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Notes sur les traditions et les coutumes des naturels de Fiji dans leurs rapports avec la conception, la grossesse et l'accouchement, par David Blyth. (*Glasgow med. Journ.*, sept.)

Glands. — Production et régénération physiologique des éléments glandulaires, par Bizzozero et Vassale. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Adénome kystique des glandes sébacées, par May. (*Arch. f. path. Anat.*, CVIII, 3.)

Glaucome. — Obs. de formes spéciales de glaucome, par Norris. (*Americ. opht. soc.*, 20 juillet.) — Glaucome simple, par Coggin. (*Americ. opht. soc.*, 20 juillet.) — Du glaucome, par Story. (*Ophth. soc. of the unit. Kingdom*, 9 juin.) — Phtisie du globe et irido-choroïdite glaucomateuse sympathique, par Dumont. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril, juin.) — Contribution à l'étude du glaucome, par Jacobson. (*Arch. f. Opht.*, XXXII, 3.) — Le glaucome étudié comme symptôme, par de Wecker. (*Ibid.*, XXXIII, n° 1.)— Le spasme de l'accommodation et ses suites; étiologie du glaucome et de la cataracte sénile, par Schön. (*Ibid.*, XXXIII, 1.) — De la cocaïne dans le glaucome, par Sargent. (*Arch. of opht.*, juin.) — Diagnostic et traitement du glaucome, par de Lapersonne. (*Rev. de clin. et thérap.* 15 septembre.)

Goutte. — La colchicine dans le traitement de la goutte, par Laborde et Houdé. (*Trib. méd.*, 4 sept.)

Graisse. — Sur la migration des matières grasses, par E. Duclaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Greffe. — Greffe cutanée par la méthode de Thiersch, par Wilh von Muralt. (*Corresp. Blatt f. schw. Aerzte*, 15 avril.)

Grippe. — De la pleurésie purulente comme détermination de la grippe, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.)

Grossesse. — Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois, par Stapfer. (*Arch. de toc.*, 15 août.) — Traitement et restauration du col pendant la grossesse, par Doléris. (*Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, sept.) — Rapports réciproques entre les maladies aiguës et la grossesse, par Fasola. (*Ann. di Ostetricia*, nos 7-8.) — La broncho-pneumonie pendant la grossesse, par Bertaux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 7 juillet.) — Des influences psychiques pendant et avant la grossesse sur les malformations et les monstruosités, par Chalot. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 14.) — Note sur un cas de thrombus du vagin pendant la grossesse, par Budin. (*Union médicale*, 23 juin.) — Thrombus de la vulve pendant la grossesse, par Bastaki. (*Arch. roumaine de chir.*, n° 2.) — Grossesse trigémellaire, par Lugeol. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet.) — Complication de la grossesse et de l'accouchement, par les fibromyomes, par Busse. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1886.) — Grossesse compliquée de fibromes utérins, par Weeks. (*Cong. internat. Washington.*) — Cystocolpocèle compliquant la grossesse et le travail, par Busey. (*Americ. gyn. Soc.*, 13 sept.) — Grossesse compliquée de cancer secondaire du foie, par Phillips. (*London obst. Soc.*, 5 oct.) — De la grossesse tubo-ovarienne, par Falk. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Un cas de grossesse extra-utérine, par Gregor. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Grossesse extra-utérine et son traitement par l'électricité, par Van de Warker. (*Americ. gyn. Soc.* 15 sept.) — Examen bactériologique d'un fœtus provenant de grossesse extra-utérine, par Holmes. (*Chicago gyn. Soc.*, 24 juin.) — Cas de grossesse tubaire gauche; mort par rupture du sac et péritonite, par H. Muller. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er août.) — Grossesse extra-utérine ; ponction du sac fœtal par le vagin, rupture du kyste dans le rectum; mort par tuberculose généralisée, par C. Meyer, *Ibid.*, 15 avril.) — Grossesse tubaire gauche ; rupture du sac ; mort par péritonite, par Waetzoldt. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Grossesse tubo-ovarienne, laparotomie ; péritonite suppurée; mort le même jour, par M. Hofmeier. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Grossesse tubaire droite, rupture du sac ; mort par hémorragie dans le 2e mois, par J. Hofmeier. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Grossesse tubaire, hémorragies, laparatomie; extirpation du sac; guérison, par Veit. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Structure des membranes de l'œuf dans la grossesse abdominale, par August Walker. (*Thèse de Berne*, 1886.) — Grossesse tubaire de 6 semaines, rupture de la trompe, laparatomie ; guérison, par Duchamp. (*Loire méd.*, 15 juillet, et *Lyon méd.*, 28 août.) — 12 cas de laparotomie pour grossesse tubaire avec rupture, par Lawson Tait. (*Brit. gynecol. Soc.*, 26 oct.)

Gynécologie. — Progrès et évolution de la gynécologie contemporaine, par Pozzi. (*Bulletin méd.*, 20 nov.) — Les cliniques d'obstétrique et de gynécologie de Vienne et de Berlin, par George Halket. (*Glasgow med. journ.*, juin.) — Du catgut, son emploi dans les opérations gynécologiques, par Martin. (*Americ. journ. of obst.*, octobre.)

H

Helminthe. — Bibliographie des hématozoaires, par Blanchard. (*Bull. Soc. zool. de France*, n° 2.) — Biologie et valeur clinique de l'anguillula stercoralis et intestinalis, par Golgi et A. Monti. (*Arch. per le sc. med.*, vol. X, n° 3.) — Mémoire sur la filaire du sang humain, par Wykeham Myers. (*Brit. med. journ.*, p. 783, avril.) — Note sur l'ankylostome duodénal, par Eraud et Trossat. (*Province méd.*, 26 oct.) — L'ankylostome duodénal, par O. Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 565.) — 300 cas de cestoïdes chez l'homme, observés en Danemarck, par Krabbe. (*Nord med. Ark.*, n° 12.) — Quelques cas de trichinose, par Kinney. (*Pacific med. journ.*, mai.) — Action de la santonine et surtout de la santoninosine comme anti-helminthique, par Coppola. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.)

Hématome. — Hématome du genou ; incision ; guérison, par Morf. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 septembre.) — Hématocèle ; opération ; guérison, par Phillips. (*London obst. Soc.*, 5 octobre.) — Double hématocèle chez un nouveau-né, par Jaumes. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 30.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie paroxystique, par Cobler et Obermayer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 2.)

Hémophilie. — Des maladies hémophiliques, par Villard et Laplane. (*Marseille méd.*, 30 août.) — Hémophilie essentielle, par Shattuck. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 661, 11 juin.)

Hémorragie. — De l'épistaxis considérée comme hémorragie sénile, par Meyrignac. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des hémorragies primitives d'origine paludéenne, par Dusault. (*Thèse de Montpellier.*) — Traitement de certaines hémorragies, par la révulsion sur le foie, par Petit. (*Assoc. franc., Cong. de Toulouse.*) — Des hémorragies provenant de l'utérus en dehors de la grossesse, par James Stirton. (*Glasgow med. journ.*, juillet.) — Des hémorragies des grosses artères dans les abcès, par Lindner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 522.) — Du traitement de quelques hémorragies par l'eau distillée de goudron, par Corneille Saint-Marc. (*Thèse de Paris*, 24 novembre.)

Hémorroïde. — Traitement des hémorroïdes par les injections phéniquées, par Sonnenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.) — Hémorroïdes et cautérisation ignée, par Trélat. (*Progrès médical*, 18 juin.)

Hernie. — Les hernies engagent-elles la responsabilité légale des patrons comme accidents professionnels ? par A. Sohn. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, sept.) — Anatomie pathologique des hernies enkystées de l'enfance, par Lockwood. (*Medico-chir. Trans.* vol. LI, p. 479.) — Hernie inguinale congénitale chez le singe, par Bland Sutton. (*London path. Soc.*, 15 nov.) — De la hernie épiploïque, par Meisenbach. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 309, 3 septembre.) — Deux cas de hernies étranglées (inguinale et crurale), par pincement latéral; résection, entérorrhaphie ; guérison, par Emil Burckhardt. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er octobre.) — Hernie crurale non étranglée ; cure radicale ; contribution à la question du siège de l'étranglement (dans ce cas il se trouvait au niveau de l'anneau crural et non du fascia crébriforme), par Jacques-L. Reverdin. (*Revue Suisse romande*,

VII, p. 612.) — Hernie fémorale avec épiploon adhérent, par Czerny. (*Sem. méd.*, 31 août.) — Hernie crurale étranglée ; kélotomie ; parotidite double ; pneumonie et mort, par Mordret. (*France médicale*, 9 et 12 juillet.) — Hernie ombilicale congénitale, par d'Arcy Power. (*London path. Soc.*, 18 oct.) — Hernie ombilicale congénitale avec diverticule intestinal adhérent au sac, par Duchamp. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Traitement de la hernie ombilicale, par Keetley. (*Annals of Surgery*, p. 193, sept.) — Hernie ombilicale étranglée ; herniotomie ; ligature du collet du sac ; guérison, par Southam. (*Brit. med. journ.*, p. 828, avril.) — Hernie ventrale consécutive à un abcès tuberculeux, cure radicale, légère récidive, par Horteloup. (*Bull. méd.*, 6 nov.) — Hernie ventrale opérée ; guérison, par E. Michael. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 635, 4 juin.) — De l'inflammation des hernies, par Tédenat. (*Montpellier médical*, 1er juillet.) — Etranglement herniaire, kélotomie, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 15 septembre.) — Hernie rétropéritonéale du duodénum et du jéjunum, avec signes d'obstruction intestinale, par Staudenmeyer. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 435.) — Etranglement par vive arête et gangrène intestinale dans une vieille hernie volumineuse depuis longtemps irréductible, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, août.) — Etranglement herniaire ; taxis ; kélotomie, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 8 nov.) — Abcès stercoral herniaire ; guérison rapide, par Gondouin. (*Union médicale*, 13 avril.) — Herniotracteur ; doigt levier pour le taxis interne des hernies, par Roussel. (*Journ. de méd. de Paris*, 14 août.) — Guérison radicale de la hernie inguinale, par Bassini. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Opérations de hernies étranglées, avec cure radicale (3 cas), par Sydney Jones. (*Brit. med. journ.*, 1er oct.) — Sur la cure radicale des hernies par des injections, par Keetley. (*Brit. med. Journ.*, p. 1089, mai.) — L'opération radicale des hernies, par Johannes Anderegg. (*Thèse de Bâle*, 1886.) — Cure radicale de la hernie sans étranglement ; conditions de succès et indications opératoires, par Lucas-Championnière. (*Semaine méd.*, 17 août.

Herpès. — Diagnostic de la dermatite herpétiforme, par Duhring. (*Americ. dermat. Assoc.*, 1er sept.) — Herpès iris récurrent pris pour syphilis, par Kœbner. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 avril.) — Pathologie et traitement de l'herpès tonsurant, par George Thin. (*The Practitioner*, avril, août.)

Histologie. — Manuel de chimie et d'histologie, appliquée à la clinique, par Primavera. (*Naples.*) — Microphotographie avec des systèmes d'objectifs puissants, par O. Israel. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 3, p. 502.) — Améliorations de la technique de coloration du nitrate d'argent sur les centres nerveux, par Martinotti. (*Congrès de Pavie*, sept.) — La rosaniline et la pararosaniline, par Unna. (*Monat. f. prakt. Dermat. Erganzungs, Heft*, I.) — La résine de gaïac comme réactif du pus, par Vitali. (*Boll. d. sc. med.*, juillet.)

Hôpital. — L'hôpital maritime de Giens. (*Lyon méd.*, 24 juillet.) — Construction et organisation des hôpitaux, par Edward Cowles. (*Ann. d'hyg. pub.*, XVII, 205 et 496, avril et juin.) — Note sur les conditions d'insalubrité des maternités de quelques hôpitaux de province, par H. Napias. (*Revue d'hyg.*, IX, 402, mai.) — Les maisons de convalescence de la ville de Berlin, par Spinola. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mai.) — Les asiles de convalescence, par Paul Gueterbock. (*Ibid.*, 27 juin.)

Hydatides. — Le chien et les kystes hydatiques chez l'homme, par Ollivier. (*Union médicale*, 16 juillet.) — Hydatides de la moelle épinière, par Hirt. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 janv.) — Kyste hydatique du foie chez une fillette de 8 ans, par J. Verco. (*Brit. med. Journ.*, p. 1101, mai.) — Echinocoque

multiloculaire du foie, par LADAME. (*Revue Suisse romande*, VIII, 547.) — Un cas curieux de kyste hydatique du foie, par SEGOND. (*France médicale*, 20 septembre.) — Kyste hydatique du foie ouvert dans l'estomac, par BARBILLON. (*Soc. anat.*, 10 décembre 1886.) — Du traitement des kystes hydatiques du foie, par SEGOND. (*France médicale*, 8 octobre.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 25 oct.) — Des différents modes de traitement des kystes hydatiques du foie, par TOUSSAINT. (*Thèse de Nancy.*) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par FOSSARD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Echinocoque solitaire de la rate, par GOLUBOFF. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XL, 1.) — Extraction de cataracte ; mort par suite d'un kyste hydatique de la rate, par ZEHENDER. (*Klin. Monat. f. Augenh.*, août.) — Phénomène de collapsus après la ponction aspiratrice d'un kyste hydatique de la rate, par J. DAVIES THOMAS. (*Brit. med. journ.*, p. 1101, mai.) — Etude sur les kystes hydatiques du rein, par BŒCKEL. (*Broch. Paris.*) — Kyste hydatique du rein simulant un kyste de l'ovaire et reconnu au moment de l'opération ; laparotomie ; néphrectomie ; guérison, par FRANCIS IMLACH. (*Brit. med. jour.*, p. 17, juillet.) — Traitement des kystes hydatiques de la cavité abdominale, par ROTH. (*Congrès de Pavie*, septembre.) — Kystes hydatiques de l'utérus, par SECHEYRON. (*Assoc. franc., Congrès de Toulouse.*) — Kyste hydatique sus-prostatique et kyste hydatique du foie, par WALTHER. (*Soc. anatomique*, décembre 1886.) Kyste hydatique ayant érodé les parois de l'artère sous-clavière, par W. GARDNER. (*Brit. med. journ.*, p. 125, juillet.)

Hydrothérapie. — De l'hydrothérapie dans le traitement des maladies chroniques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bulletin méd.*, 2 nov.) — De l'hydrothérapie moderne, par L. GREFFIER. (*France médicale*, 17 septembre.)

Hygiène. — L'avenir de l'hygiène, par J. ROCHARD. (*Revue scient.*, 24 sept.) — Leçons sur l'hygiène publique et privée, par J. ROSENTHAL. (*Erlanger.*) Sur la réforme de l'administration sanitaire dans le royaume d'Italie, par FARALLI. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — De la police sanitaire dans les villes d'eaux et les stations sanitaires et de la dénomination des eaux minérales, par P. BOULOUMIÉ. (*Revue d'hyg.*, IX, 410, mai.) — Relations entre l'hygiène et l'anthropologie, par A. SPATUZZI. (*Il Morgagni*, août.) — Les bureaux d'hygiène en France, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XVII, 438, mai.) — Note sur le bureau d'hygiène de Nice, par BALESTRE. (*Revue d'hyg.*, IX 441, mai.) — Le Congrès de police sanitaire maritime tenu au Havre en août 1887. (*Revue d'hyg.*, IX, p. 666, août.) — Résolutions du Congrès international d'hygiène à Vienne, relatives aux remèdes secrets. (*Revue d'hyg.*, IX 366, octobre.) — L'hygiène et la législation des fabriques, par FRIDOLIN SCHULER. (*Revue d'hyg.*, IX 861, octobre.) — Les devoirs de la médecine envers l'école, par W. LOEWENTHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) Contribution à la discussion sur le surmenage scolaire, maux de tête provoqués par les défauts de structure de l'œil et surtout par l'insuffisance de quelques-uns de ses muscles moteurs, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 10 septembre.) — Question du surmenage, du devoir, par DIDAY. (*Bull. méd.*, 31 août.) — Le banc-pupitre scolaire de Schenk et la scoliose, par THEODOR KOCHER. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — L'inspection hygiénique et médicale des écoles, ce qu'elle doit être, par MANGENOT. (*Revue d'hyg.* juin.) — L'enseignement de l'hygiène dans les universités et dans les écoles techniques supérieures, par MAX VON PETTENKOFER. (*Ibid.*, IX, 821, octobre.) — L'éclairement et l'insolation des habitations, par EMILE TRÉLAT et par CLÉMENT. (*Ibid.*, IX, 838, octobre.) — De la sédentarité scolaire et du surmenage intellectuel, par J. BACH. (In-12, *Paris.*) — La prostitution considérée dans ses rapports avec le Code pénal et les lois du

pays, par Barella. (In-8, *Bruxelles.*) — La question de la prostitution à Saint-Pétersbourg, par Petersen. (*Monat. f. prakt. Dermat.* VI, n° 15.) — Des maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités, par Swynghedauw. (*Thèse de Lille*, 3 février.) — Sur les falsifications des eaux-de-vie de cidre et de poiré, par Labiche. (*Journ. de pharmacie*, 1er nov.) — Les pompes à bière ; enquête sur leur nombre et leur état dans le district de Kœnigsberg, par Nash. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLVII, p. 150, juillet.) — Inutilité de prendre de nouvelles mesures légales à l'égard des viandes d'animaux tuberculeux. Rapport au comité consultatif prussien pour les affaires médicales, par Virchow. (*Wiertelj. f. gericht. Med.*, XLVII, p. 307, octobre.) — Traitement curatif de la morue rouge, par Heckel. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Ordonnance préfectorale du 20 avril 1886 sur la tenue des charcuteries et étaux de boucherie dans le département de la Seine. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII 379, avril.) — Législation anglaise sur les laiteries. (*Annales d'hyg. publ.*, XVII, 359, avril.)— Note sur l'application d'un revêtement en plomb à l'intérieur de l'aqueduc d'Arcueil, par O. du Mesnil. (*Ibid.*, XVIII, 340, octobre.) — L'assainissement d'une station balnéaire (Etretat), par M. Bechmann. (*Revue d'hyg.*, IX, 545, juillet.) — Note sur l'assainissement d'un atelier de travail d'acides concentrés, par Ach. Livache. (*Ibid.*, IX, 744, septembre.)

Hygroma. — Sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne et son traitement, par Batut. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, par Besnard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hygroma de la hanche chez une fille de 18 ans, par Roman von Baracz. (*Berlin. kin. Woch.*, 15 août.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme et la médecine légale, par Ladame. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, II, n° 10.) — Etude médico-légale de l'hypnotisme, par Lafforgue. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vomissements incoercibles d'origine hystérique, datant de 11 mois, guéris par l'hypnotisme; singuliers effets de la suggestion, par Mialet. (*Gaz. des hôp.*, 27 sept.) — La suggestion et les songes, par Tonnini. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 3.)— L'hypnotisme appliqué à la procédure pénale, par Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VIII, 3.) — L'hypnotisme en thérapeutique, par Moll. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 novembre.) — De l'origine des effets curatifs de l'hypnotisme, par Delbœuf. (*Bull. Acad. roy. de Belgique*, n° 6.) — La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par Bourru et Burot. (In-18, 312 p., *Paris.*) — De la mémoire dans ses rapports avec le sommeil hypnotique, par Dichas. (*Thèse de Bordeaux.*) — Guérison par l'hypnotisme d'un délire alcoolique, par Brémaud. (*Revue de l'hypnot.* juillet.)— Un accouchement dans le somnambulisme provoqué, par Mesnet. (*Ibid.*, août.) — Guérison par l'hypnotisme d'une manie des nouvelles accouchées, par Brémaud. (*Ibid.*, juillet.) — Observation d'onanisme guéri par suggestion, par Voisin. (*Assoc. franc., Congrès de Toulouse.*) — Guérison immédiate et complète, par la suggestion, d'une paralysie vésicale hystérique durant depuis quatorze mois, par Frusci et Vizioli. (*Giorn. di neuropatol.*, n° 3.)

Hystérie. — Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hystériques, par Binet et Féré. (*Arch. de physiol.*, X, n° 7.) — L'hystérie chez l'homme et l'hystérie dans l'armée, par Sgobbo. (*Giorn. med. del r. esercito*, juillet.) — Un cas d'hystérie mâle, sans attaques, par Constan. (*Arch. méd. milit.*, p. 375, novembre.) — Observation de grande hystérie chez l'homme, crises convulsives arrêtées par la compression du testicule gauche; état léthargique, par Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpellier*,

n° 2.) — Paralysie hystérique chez l'homme, par MACARIO. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 sept.) — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme; troubles de la sensibilité chez les Orientaux. Les Aissaoua, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Arch. de Neurol.*, juillet.) — Influence de la névrose hystériforme sur les fonctions de la sécrétion rénale, par RETIÈRE (*Thèse de Bordeaux.*) — Monoplégie brachiale traumatique et hystéro-traumatique, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 29 sept.) — Hystérie et goitre exophtalmique observés chez l'homme, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 avril.) — Cas de surdi-mutité hystérique, par MENDEL. (*Berl. klin. Woch.*, 8 août.) — Sur un cas de paralysie hystéro-saturnine, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 4 sept.) — Quelques mots sur l'ischurie hystérique permanente, par M. PETRONE. (*Rivista clinica di Bologna*, juin.) — Déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique, par MABILLE et RAMADIER. (*Revue de l'hypnotisme*, août.) — Un cas de sommeil prolongé. Chauffat, par KESER. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Hystéro-épilepsie masculine guérie par l'hypnotisation, par SPERLING. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.) — Deux cas d'angine de poitrine chez des hystériques, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet.) — Sur une forme particulière de délire hystérique, par BLANC FONTENILLE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Phénomènes hystériformes; attaques et anesthésie cutanée générale survenues après un outrage public, par PAUL BERBEZ. (*France médicale*, 16 juillet.) — Kleptomanie due à une hystéro-épilepsie, par SIEMERLING. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Du pseudo mal de Pott hystérique, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 23 octobre.) — Leçon clinique sur un cas d'hystérie grave traitée par le massage, l'isolement et la suralimentation, par W. HALE WHITE. (*Brit. med. journ.*, p. 232, juillet.) — Le traitement moderne de la neurasthénie et de l'hystérie, par L. LŒWENFELD. (*Wiesbaden.*) — Guérison de contractures hystériques du jambier antérieur gauche et du triceps crural droit, obtenue chez une malade non hypnotisable par suggestion pendant le sommeil naturel, par JANET. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 juillet.) — Hystérie et castration, par CHIARLEONI (*Congrès de Pavie*, septembre.)

I

Idiotie. — Étude d'une idiote microcéphale, par DOUTREBENTE et MANOUVRIER. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, X, 2.)

Impetigo. — Etude de l'impetigo herpétiforme, par ZEISTER. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 21.)

Inanition. — Un nouveau jeuneur, par SAMMELIAN. (*Rev. scientif.*, 13 août.) — Les jeuneurs et l'état psychique, par LOMBROSO. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 3.) — Maladies de famine, anatomie pathologique, par ALEX. PORTER. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 150, fév.)

Injection. — Des causes des fièvres infectieuses, par MUSMERI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 53.) — Rapports de la putréfaction avec les maladies infectieuses, par FERDINAND HUEPPE. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 sept.) — Note sur la nouvelle maladie infectieuse de Weil, par HAAS. (*Prager med. Woch.*, n° 39.)

Inhalations. — Deux cas de convulsions dues à des inhalations phéniquées, par SCHMITZ. (*Berl. klin. Woch.*, 4 avril.) — De la guérison des affections pulmonaires et des maladies chroniques et constitutionnelles, par la méthode des inhalations antiseptiques ozonées du Dr Huguet, par FAVRE. (*Broch. Paris.*) — De l'inhalation de nitrate d'argent dans les maladies des voies aériennes, par STORCK. (*Hospitals Tidende*, 11 mai.) — *Idem.* (*Journ. of laryngol.*, sept.)

Injections. — De la valeur thérapeutique des injections hypodermiques d'eucalyptol et d'iodoforme dans la tuberculose pulmonaire, par HABERT. (*Thèse de Nancy.*) — Sur l'emploi de l'acide sulfureux en injections hypodermiques, par VILLI. (*Bull. de thérap.*, 15 août.) — Méthode des lavements gazeux, nouvel appareil, par BERGEON. (*Lyon méd.*, p. 316, 6 nov.) — Des injections d'antipyrine, par BEAUDOIN. (*Bulletin méd.*, 21 août.) — Action des injections sous-cutanées de calomel à la tempe et à la région sous-scapulaire, par GIUFFRÉ. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 56.) — Sur les injections hypodermiques de sels mercuriels insolubles et sur les accidents qu'elles produisent, par DELPECH. (*Journ. de méd. de Paris*, 28 août.) — Injections hypodermiques d'eucalyptol dans la tuberculose pulmonaire, par GUIFFART. (*Union médicale*, 11 juin.) — Injections vaginales dans la position de Sims, par FOSTER. (*Americ. gyn. soc.*, 15 sept.)

Insolation. — Insolation dans l'Inde, par MARSTON. (*Congrès internat. Washington.*)

Intestin. — Nouvelle étude de la dilatation gastro-colique commune, par TRASTOUR. (*Semaine méd.*, 7 sept.) — L'ulcère simple du duodénum, par LE GENDRE. (*Union médicale*, 19 juillet.) — Sur l'ulcère simple du duodénum, par BARIÉ. (*Rev. de clin. et thérap.*, 28 juillet.) — De la colite chronique, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 31 août.) — Périthyphlite ; opération ; guérison, par SUMMERS. (*New York med. Journal*, p. 269, 5 mars.) — De la fistule rectale tuberculeuse, par SCHUCHARDT. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 296.) — De l'hypertrophie des tuniques musculaires consécutive au rétrécissement de l'intestin, par BUSACCHI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Du traitement de la constipation chronique par la faradisation et par le massage, par LEUBUSCHER. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 457.) — Sepsie et antisepsie dans la diarrhée d'été, par POTTER. (*N. York med. Record*, n° 2.)— De l'oxyde de zinc, son emploi dans le traitement des diarrhées, par DUPRÉ. (*Union méd. du Nord-Est*, août.) — De l'emploi de l'eau sulfocarbonée dans le traitement de la diarrhée de Cochinchine, par ILBERT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Méthode de désaccoutumance des laxatifs, par GEHRMANN. (*Berl. klin. Woch.*, 7 févr.) — Ramollissement aigu d'une anse intestinale étranglée, par RECLUS. (*Bull. méd.*, 28 août.) — Résection de l'intestin grêle pour hernie gangrénée, suture ; guérison, par FERRAJOLI. (*Incurabili*, n° 8.) — De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif, par MICHAUX. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — Etude expérimentale sur la chirurgie de l'intestin, au point de vue de l'occlusion intestinale, par SENN. (*Congrès intern. Washington.*) — Du processus de réparation après la résection des intestins, par COLLINS WARREN. (*J. of Amer. med. Assoc.*, p. 607, 28 mai.) — De la meilleure méthode de réparer l'intestin après sa résection, par STANMORE BISHOP. (*Brit. med. journ.*, p. 1041, mai.) — Leçon sur la laparotomie au cours des plaies intestinales, par W. MAC CORMAC. (*Brit. med. journ.*, p. 975, mai.)

Iodisme. — Iodisme à localisation parotidienne, par VILLAR. (*France médicale*, 2 juin.)

Iris. — De l'inégalité des pupilles chez les sujets sains, par IWANOW.

(*Wratsch*, n° 7.) — Vices de conformation de l'iris et de la paupière, par Panas. (*Bulletin médical*, 17 juillet.) — Condylome de l'iris, par Dumont. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.) — Irido-kératite, par Silock. (*Ophth. Soc. of unit. kingdom.*, juillet.) — Iridodyalise avec retournement complet de la portion de l'iris détachée, par Lawford. (*Idem*, 9 juin.) — Coloboma de l'iris, de la choroïde et du nerf optique, par Randall. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Avantages de l'iridotomie extraoculaire, par Schoeler. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 oct.) — Iridectomie dans l'iritis à rechutes, par Nettleship. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 10 nov.) — Myopie consécutive à une iritis, par J. Green. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 248, 20 août.)

K

Kyste. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal, par Garaud-Marchand. (*Société anatomique*, 19 nov.) — Des kystes dermoïdes du médiastin antérieur (2 cas), par W. Pinders. (*Diss. inaug. Bonn.*) —Traitement des kystes traumatiques de l'abdomen, par Le Dentu. (*Acad. de méd.*, 11 oct.) — Du traitement opératoire des kystes rétropéritonéaux (4 obs.), par Ch. Fenger. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 568, 21 mai.) — Kyste synovial du creux poplité, extirpation antiseptique ; guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 6 sept.)

L

Lacrymales (Voies). — Epiphora, causes et traitement, par Williams. (*Saint-Louis med. journ.*, juillet.)—Un cas de déplacement spontané de la glande lacrymale, par Sym. (*Edinburg med. journ.*, juillet.) — De l'application de la compression dans le traitement des dacryocystites phlegmoneuses et des fistules du sac lacrymal, par Lyder Borthen. (*Rev. d'opht.*, 31 juillet.) — De l'irrigation continue dans la suppuration des voies lacrymales, par Edgar A. Browne. (*The Practitioner*, janvier.) — Traitement des suppurations du sac lacrymal et des ulcères envahissants de la cornée, par Burchardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mai.) — Extirpation de la glande lacrymale et ses indications, par Peyret. (*Thèse Bordeaux.*) — Extirpation de la glande lacrymale, par Noyes. (*Amer. opht. soc.*, 20 juillet.)

Lait. — Des produits fermentés du lait, koumys et képhir, par Nencki et Fabian. (*Gazeta lekarska*, n° 3.) — Lait naturel artificiel, de Voltmer. (*Viertel. f. gericht. Med.*, XLVII, 180, juillet.) — Le lait et son examen, par Muller. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.)

Langue. — Ulcérations imaginaires de la langue, par Poyet. (*Bull. médic.*, 9 oct.) — Plaques bénignes transitoires de la langue, exfoliatio areata linguæ, par Hartzell. (*Med. News*, 29 oct.) — Glossite aiguë compliquée de suintement, par Marmaduke. (*London med. Soc.*, 7 nov.) — Un cas de macroglossie, par T. Dunott. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 638, 4 juin.)

— Du cancer lingual, indications, opérations, par Mollière. (*Province méd.*, 10 sept.) — Cancer de la langue, ablation avec l'écraseur, ligature préalable des deux linguales, par Després. (*Gaz. des hôp.*, 1er sept.) — Du traitement opératoire de l'épithelioma de la langue, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 23 juillet.) — Epithelioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 17 nov.)

Laparotomie. — Du lavage du péritoine après laparotomie, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 12 oct.)—Le drainage après la laparotomie, par Mundé. (*Amer. gyn. soc.*, 13 sept.)—Mort par vomissements incessants après la laparotomie, par Hunter. (*Ibid.*, 14 sept.)—Opération pour la hernie ventrale consécutive à la laparotomie, par Chadwick. (*Ibid.*, 14 sept.) — Laparotomie pour abcès périthyphilitiques, par Frank Woodbury. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 91, 15 juillet.) — Volumineux lipome du mésentère enlevé par laparotomie, par Meredith. (*Brit. med. journ.*, p. 936, avril.)

Larynx. — La formation des registres du chant, par F. Michael. (*Hambourg et Leipsig.*) — La région sous-glottique du larynx, par Masse. (*Arch. de laryngol.*, 1er nov.) — Classification des muscles laryngés, par Moura. (*Rev. de laryngol.*, juillet.) — Histoire des progrès de la laryngologie, de ses origines jusqu'à nos jours, par Gordon Holmes, trad. de Calmettes. (In-12, *Bruxelles.*) — Note sur quelques points pratiques de laryngologie et de rhinologie, par Curtis Holbrook. (*N. York med. Record.*, 30 avril.) — De la chorée du larynx, par Roe. (*Cong. intern. Washington.*) — La toux nerveuse et son traitement, par Ottomer Rosenbach. (*Berl. klin. Woch.*, 24 et 31 octobre.) — Crampe laryngée des chanteurs et orateurs, par Kellog. (*N. York med. Record.*, 23 juillet.) — Le vertige laryngé, par Dauvin. (*Journ. de méd. de Paris*, 7 août.) — Des convulsions respiratoires et du laryngisme striduleux, par H. Barlow. (*Brit. med. journ.*, p. 1326, juin.) — Paralysie des muscles laryngés comme symptômes de tabes, par Wegener. (*Inaug. diss.*, Berlin.) — Un cas de paralysie laryngée par lésion corticale, par Tedeschi. (*Incurabili*, n° 11.) — Un cas de voix eunuchoide, par Trifiletti. (*Arch. di laringol.*, VII, 3.)— Diagnostic différentiel de certaines formes de laryngites, par Lannegrace. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 27.) — De l'abcès idiopathique du larynx, par Bandler. (*Prager med. Woch.*, 24 août.) — Les complications laryngées dans la fièvre typhoïde, par Tissier. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août.) — De l'hydrothérapie dans les laryngites, par Schroetter. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 25.) — Phtisie laryngée, par Lublinski. (*Deut. med. Zeit.*, n° 53.)—Traitement local de la phtisie laryngée, par Senesse. (*Thèse Bordeaux.*) — Concomitance de syphilis et tuberculose laryngée, transformations des ulcérations syphilitiques en tuberculeuses, par Schnitzler. (*Int. klin. Rundschau*, n° 3.) — De la combinaison de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par Gruenswald. (*Inaug. diss. Munich.*)— Observations cliniques sur la syphilis du larynx, par C. Lewis. (*Birmingham med. review*, mars.) — Occlusion membranoïde du larynx, mort de tuberculose, par Poyet. (*Bull. méd.*, 18 sept.) — Accident de machine, fractures du larynx avec détachement de la trachée, par Noll. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Un cas de rétrécissement congénital du larynx, par Lévy et Etienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.) — Opération pour l'oblitération d'une large fistule laryngée, par R. Abbe. (*Annals of surg.*, p. 313, avril.)— Corps étrangers des voies aériennes, par D. Lacount. (*Journ. of Amer. assoc.*, p. 369, 17 sept.) — Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx, tentatives infructueuses d'extraction par les voies naturelles, extraction après section du cartilage thyroïde, par Archambault. (*Gaz. des hôpit.*,

25 août.) — Un cas de polype du larynx, expulsion spontanée, par CHARAZAC. (*Assoc. franc.*, congrès de Toulouse.) — Cautérisation électrique et arrachement des tumeurs des cordes vocales, par J. SOLIS COHEN. (*Med. News*, 3 sept.) — Laryngotomie par un fibrome ayant nécessité 3 ans auparavant une trachéotomie, par SCHUCHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — Sarcome à cellules rondes du larynx, par JURIST. (*Med. News*, 22 oct.) — Epithelioma de l'épiglotte, ablation, guérison, par MYLES. (*New Orleans med. journ.*, oct.) — Examens microscopiques de divers fragments de la tumeur laryngée enlevée par Mackenzie au prince impérial, par VIRCHOW (pachydermie verruqueuse). (*Berlin. klin. Woch.*, 20 juin et 11 juillet.) —Cancer du larynx, revue par TISSIER. (*Gaz. des hôpit.*, 19 novembre.) — Excision partielle du larynx et du pharynx pour un epithelioma, mort, par R. PARKER. (*Brit. med. journ.*, 19 nov.) — De l'extirpation du larynx cancéreux, par HACHE. (*Bull. méd.*, 23 nov.) — Le tubage du larynx, par SCHOETZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Dangers et accidents de l'intubation dans le croup, par BROWN et HANCE. (*N. York med. Record.*, juin.) — Tubage du larynx, par ISCH-WALL. (*Progrès méd.*, 18 juin.) — Tubage du larynx, par STEELE. (*New York med. Record.*, 15 janv.) — *Idem*, par CAILLÉ. (*Ibid.*,)—Tubage du larynx, par PARTRIDGE. (*Arch. of pediat.*, mars.) — Tubage du larynx, par VAN DER VEER. (*Albany med. Ann.*, fév.) — Tubage et trachéotomie, comparaison des deux méthodes, 10 cas de tubage, 22 de trachéotomie, par ANDERSON. (*Pacific med. and surg. journ.*, mars.) — Tubage du larynx dans le croup membraneux, par EICHBERG. (*Cincinnati Lancet clinic*, 22 janv.)—Six nouveaux cas, par le même. (*Ibid.*, 12 mars.) — Tubage du larynx, par JENKINS. (*New York Record.*, 22 janv.) — *Idem*, par PALMER. (*Canadian Practit.*, janv.)

Lathyrisme. —Contribution à l'étude du lathyrisme (Revue d'ensemble), par B. SCHUCHARDT. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XL, 3-4, p. 312.)

Lèpre. — Rapport sur la lèpre en Europe, en particulier de la localisation sur les voies aériennes, par M. MACKENZIE. (*Journ. of laryngol.*, oct.) — Remarques sur le bacille de la lèpre, par GRIFFITH. (*Philad. med. Times*, août.) — Sur les inoculations de la lèpre, par PROFETA. (*Gaz. di Ospit.*, n° 67.) — Essais d'inoculation de la lèpre aux animaux, par LELOIR. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 10.) — De la nature de la lèpre, par ARNING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 15.) — Contribution à l'étude de la lèpre, par O. CHOMSE. (Mitau.) — Recherches sur un cas de lèpre, par W. GAIRDNER. (*Brit. med. journ.*, p. 1269, juin.) —Lèpre tuberculeuse aiguë fébrile, mort par perforation intestinale; à l'autopsie cinq ulcérations gangréneuses du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal, par BEAVEN RAKE. (*Ibid.*, p. 1276, juin.) — Recherches histologiques sur le placenta d'une lépreuse, étude pathogénique de la lèpre, par FERRARI. (*Gaz. di Ospit.*, n° 60.) — Traitement de la lèpre, par UNNA. (*Amer. dermat. assoc.*, 1er sept.)

Leucémie. — Influence de la leucémie sur la grossesse et le travail, par CAMERON. (*Cong. intern. Washington.*) — De la composition du sang leucémique, par PRUS. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 469.) — Leucémie splénique et médullaire à marche suraiguë, par GLAESER. (*Deut. med. Wochens.*, n° 29, p. 641.) — Observation de leucémie splénique, bons effets du fer et de l'arsenic, par W. COLLIER. (*Brit. med. journ.*, p. 1160, mai.) — Une forme d'hyperplasie ganglionnaire (pseudo-leucémie) curable par l'arsenic, par FREDERICK TREVES. (*Ibid.*, p. 728, avril.) — Leucémie splénique diagnostique par l'ophthalmoscope (troubles visuels initiaux), par J. HIRSCHBERG. (*Ibid.*, 23 mai.)

Lichen. — Du lichen ruber en Hongrie, par Rona. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 18.) — Un cas de lichen ruber universel, par de Amicis. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Nature névropathique du lichen ruber, par Heinrich Kœbner. (*Berlin. klin. Woch.*, 9, 16 et 23 mai.) — Lichen annulatus serpiginosus, par James Nevins Hyde. (*Brit. med. journ.*, p. 722, avril.)

Lipome. — Du lipome prépéritonéal, par Thomayer. (*Med. chir. Cent.*, n° 33.)

Locomotion. — Etude expérimentale de la locomotion humaine, par Marey et Demeny. (*Acad. des sciences*, 3 oct.) —Etudes des déplacements du centre de gravité dans le corps de l'homme pendant les actes de la locomotion, par Demeny. (*Ibid.*, 17 oct.)

Lupus. — Lupus et tuberculose, par Finger. (*Centr. f. Bacteriol.*, II, n° 2.) — Lupus érythémateux des mains, par O. Rosenthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mai.) — Lupus érythématode, par Risso. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, sept.-oct.) — Lupus de la joue droite, par Lauenstein. (*Deut. med. Woch.*, n° 29, p. 654.) — Du lupus compliqué d'épithelioma, par Bidault. (*Thèse Paris*, 17 nov. 1886.) — Traitement du lupus par la scarification, par Rushton Parker. (*Brit. med. journ.*, p. 66, juillet.)

Luxation. — Des luxations de la clavicule, par Thamin. (*Thèse Bordeaux.*) — Luxation sous-glénoïdienne de l'épaule, par de Fajole. (*Gaz. des hôp.*, 10 sept.) — Luxation scapulo-humérale dans l'aisselle, par L. Robert. (*Arch. méd. milit.*, p. 362, nov.) — Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure de radius, par Moraes Barros. (*Thèse de Genève*, 1886.)— Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière; de l'arthrotomie dans les luxations irréductibles, par Longueval. (*Thèse de Lillè*, 3 août.) — De la réduction de la luxation du pouce en arrière, par Thiau. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Réduction sanglante des luxations du fémur, par Fiorani. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 28.) — Luxation invétérée avec fracture du col du fémur ; résection de la hanche, par Dumont. (*Corresp. Blatt f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — Du traitement des luxations congénitales de la hanche, par Rinne. (*Corresp. Bl. d. Aerst. Stralsund,* ne 24.) — Luxation congénitale de la hanche, par Anth. Boowlby. (*Brit. med. journ.*, p. 879, avril.) — Leçon sur les luxations congénitales de la hanche et leur traitement par le décubitus prolongé et l'extension de la jambe, par Will. Adams. (*Ibid.*, p. 866, avril.)— Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par Richard Barwell. (*Ibid.*, p. 1150, mai.) — Luxation verticale externe de la rotule, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 20 août.)

Lymphatique. — Lymphatiques du cœur, par Masini. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — D'une forme d'adénite suppurée lente de la région sterno-cléido mastoïdienne, par Moreschi. (*Gaz. di Ospit.*, n° 64.) — Des tumeurs ganglionnaires du cou, par Pollosson. (*Province méd.*, 27 août.) — Des tumeurs ganglionnaires du cou, par Mollière. (*Ibid.*, 1er oct.) — Ganglion et tumeurs ganglionnaires (ganglions synoviaux), par A. Marmaduke Sheild. (*The Practitioner,* XXXVIII, n° 3, p. 172.) — Adénopathie cervico-trachéo-bronchique, perforation de l'œsophage et de la trachée, septicémie intestinale, pneumonie grave dans les lobes inférieurs des deux poumons, par Hanot. (*Arch. de méd.*, sept.)—Diagnostic et traitement du lymphadénome cervical, par Reclus. (*Gaz. hebdom.*, 12 août.) — Sarcome des ganglions lymphatiques, par Katharina Speransky. (*Thèse Berne*, 1886.) — Lymphadénome des glandes intestinales, par Hadden. (*London path. soc.*, 18 oct.)

M

Main. — Leucopathia unguium, affection spéciale des ongles, par Morison. (*Americ. dermat. Assoc.*, 31 août.) — Un cas de doigt à ressort, par Wiesinger. (*Soc. méd. de Hambourg*, 22 fév.) — Sur l'origine névropathique de la maladie de Dupuytren, par Cardarelli. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Sur la syndactylie congénitale, par Beno. (*Thèse de Nancy.*) — Deux cas de sarcomes des doigts, par Reverdin et Mayor. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, p. 38.)

Mal de mer. — De l'antipyrine contre le mal de mer, par E. Dupuy. (*Acad. des sciences*, 14 nov.) — De l'antipyrine contre le mal de mer, par Ossian Bonnet. (*Ibid.*, 21 nov.) — Une nouvelle méthode de traitement du mal de mer, par Skrimer. (*Semaine méd.*, 14 sept.)

Maladie. — Le caractère dans la santé et dans la maladie, par Azam. (In-8°, 219 p., *Paris.*)

Maladies prof. — Etiologie de la maladie des chiffonniers, par Krannhals. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 2.) — De l'argyrie locale des ouvriers en argenterie, par Lewin. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8-9.)

Malformation. — Rare malformation, par Pericles Vejas. (*Arch. f. path. Ana. u. Phys.*, CIV, H. 1, p. 72.) — Malformation congénitale des yeux et des oreilles, par Siméon Snell. (*The Practitioner*, avril.) — Anencéphalie avec hernie du diaphragme et acardie, par Edouard Keller. (*Thèse de Zurich*, 1886.) — Malformation congénitale des mains et des pieds chez un Chinois, par Cl. Paster. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 1, p. 54.)— Pseudo-hermaphrodisme mâle complet, par Wermann. (*Ibid.*, CIV, H. 1, p. 81.) — Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin, par Gunckel. (*Marburg.*) — Malformation des organes génitaux, par Heinzelmann. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.) — Absence congénitale d'un orteil, par Steinthal (*Ibid.*, CIX, 2.) — Double arrêt de développement (absence du tiers inférieur du tibia et de l'articulation tibiotarsienne ; hypospadias) sans hérédité, par Rappold. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 oct.)

Mamelle. — Des anomalies dans le développement et la fonction des glandes mammaires de la femme, par Engström. (*Finska läkares. handlingar*, oct.) — Des congestions et inflammations de la mamelle, par Castex. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Obs. de tumeur calcaire de la mamelle, par Hendoupe (*Gaz. des hôp.*, 25 août.) — Diagnostic du sarcome du sein, par Tillaux. (*Rev. de clin. et thérap.*, 20 oct.) — Etude sur 156 cas de sarcome du sein chez la femme, par S. Gross. (*Am. Journ. of the med. sc.*, juillet.)—Apparition de substances analogues aux corps amylacés dans un cancer du sein, par Aoyama. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 3, p. 375.) — Squirrhe consécutif à un adénome du sein, par Hutchinson. (*London path. soc.*, 15 nov.) — Squirrhe en masse du sein ; ablation ; pneumonie double infectieuse, par Sename et Kadour. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 30 sept.) —Considérations opératoires sur le cancer du sein, par Truc. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 19 fév.)

Massage. — Les effets physiologiques du massage, par A. Symons Eccles. (*The Practitioner*, juin.) — De l'emploi et de l'abus des mouvements pas-

sifs, par H.-B. Sands. (*Annals of Surgery*, p. 305, avril.) — Du massage du ventre avec des boules en fer (traitement de la constipation), par H. Sahli. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aertze*, 1er oct.) — Massage de l'abdomen, étude physiologique et thérapeutique, par Hirschberg. (*Bull. de thérap.*, 30 sept.) — Fractures et massage, par Verchère. (*Gaz. des hôp.*, 5 nov.)

Maxillaire. — Leçons sur quelques maladies des mâchoires, par Christopher Heath. (*Brit. med. journ.*, juin-juillet.) — Fistule du maxillaire supérieur par corps étranger (dent), par B. Meyer. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er août.) — Abcès du sinus maxillaire, par Fletcher Ingals. (*J. of am. med. assoc.*, p. 139, 30 juillet.) — Cas d'abcès du sinus maxillaire, par B. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mai.) — Nécrose totale et fracture spontanée du maxillaire inférieur, par Kohler. (*Ibid.*, 15 août.) — Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil, par Martin. (In-8°, 167 p., *Lyon.*)—Sarcome ossifiant de la mâchoire ; résection, par Christopher Heath. (*Brit. med. Journ.*, p. 777, avril.) — Tumeur du maxillaire inférieur, résection, par Villette. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Résection de la moitié du maxillaire inférieur pour un épithéliome de l'os, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, p. 315, 6 nov.) — Résection du maxillaire inférieur, par Mollière. (*Province méd.*, 20 août.)

Médecine (hist.). — Les sciences accessoires dans les facultés de médecine, par Cazeneuve. (*Rev. scientif.*, 20 août.) — L'enseignement des sciences accessoires fait aux étudiants en médecine et en pharmacie doit-il être confié aux Facultés des sciences? par Renaut. (*Province méd.*, 2 juillet.)— Les cours de médecine pour les femmes à Saint-Pétersbourg, par Mme Tkatchef. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, nos 26 et 27.)— Les méthodes en médecine à l'état actuel, par Dacosta. (*Med. News*, 8 oct.) — Sur l'histoire chronologique de la médecine grecque, depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate, par Monglier. (*Thèse de Bordeaux.*)

Médecine légale. — Criminalité et médecine judiciaire en Cochinchine, par Lorion. (*Thèse de Lyon*, n° 384.) — Manuel des expertises médicales en matière criminelle, par H. Coutagne. (In-12, *Lyon.*) — Etude médico-légale du somnambulisme, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 8 nov.) — L'emploi des mains au point de vue médico-légal, par Souza Lopes. (*Rio-de-Janeiro*). Du secret médical, ce qu'il est, ce qu'il devrait être, au point de vue de la contagion et de l'avortement, par Sérieyx. (*Thèse de Bordeaux.*) — Surarbitrage médico-légal du comité consultatif prussien dans l'enquête contre un maître d'école inculpé de coups ayant entraîné la mort d'un élève, par Leyden. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLVI, p. 253.) — Surarbitrage médico-légal dans l'enquête contre un aubergiste inculpé de mauvais traitements ayant entraîné une maladie mortelle, par Bardeleben. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLVI, p. 267.) — Causes d'erreurs et règles d'expertise dans les affaires d'attentat à la pudeur, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 6 sept.) — Membrane hymen, son examen, ses différentes formes, par Brouardel. (*Ibid.*, 13 sept.) — Cicatrices de la membrane hymen, sa résistance aux premières approches ; recherche d'une affection vénérienne communiquée ; vulvite spontanée, par Brouardel. (*Ibid.*, 27 sept.) — Vulvite spontanée, traumatique, blennorragique, pelvipéritonite consécutive à un traumatisme vénérien, diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès, par Brouardel. (*Ibid.*, 4 oct.) — Diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès ; vulvite aphteuse, diphthéritique ; examen de l'inculpé et de la victime, par Brouardel. (*Ibid.*, 20 oct.) — Accidents consécutifs au viol ;

un homme seul peut-il violer une femme qui résiste ? Une femme peut-elle être violée, sans le savoir, notamment dans le sommeil magnétique ? par BROUARDEL. (*Ibid.*, 29 oct.) — Le viol dans le sommeil hypnotique, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 1er nov.) — Examen des inculpés du crime de viol ; examen des taches de sperme, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 15 nov.) — Infanticide avéré avec état fœtal des poumons, par FALK. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 sept.) — Attentat aux mœurs suivi de mutilation des parties féminines et d'assassinat, par FRANK. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVII, p. 200, oct.) — Rapport sur l'état mental d'un incendiaire sourd-muet et aveugle, par R. SCHRÖTER. (*Ibid.*, XLVII, p. 217, oct.) — La mort par brûlures au point de vue médico-légal, par P. SELIGER. (*Ibid.*, oct.) — Plaie rare d'assassinat par instrument tranchant (section du rachis entre les deux premières vertèbres et section des deux artères vertébrales), par SCHMIDT. (*Ibid.*, XLVII, p. 1781, juillet.) — Avis suprême du comité consultatif prussien pour les affaires médicales sur les opérations pratiquées, par le Dr S..., par GERHARDT (12 uvulotomies à l'insu ou même contre la volonté des malades, sous prétexte d'enlever des polypes pharyngés). (*Ibid.*, XLVII, p. 1, juillet.) — De la mort par submersion, par DRAPER. (*Ibid.*, XLVII, p. 344, oct.) — Des signes de l'homicide par suffocation, par FAUVELLE. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — De la mort par pendaison, par GOSSE. (*Ibid.*) — Affaire Pranzini ; triple assassinat (par section du cou) ; relation médico-légale, par P. BROUARDEL. (*Annales d'hyg. publ.*, XVIII, 305, oct.) — Mort rapide à la suite d'une rixe ; symphyse cardiaque ; rapport médico-légal, par ALPHONSE JAUMES. (*Ibid.*, XVIII. 9 juillet.) — Un cas de fratricide ; expertise médico-légale, par CONGIT. (*Ibid.*, XVIII, p. 187.) — Question de responsabilité médicale (hémorragies linguales, suivies de mort, chez un homme de 38 ans, atteint de purpura, à la suite d'un collutoire à l'acide chlorhydrique au 1/3), par MOTET. (*Ibid.*, p. 529, juin.) — Expériences sur la genèse de l'adipocire, par LEHMANN (les matières albuminoïdes y participent). (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 sept.) — Considérations médico-légales sur l'avortement, par LACASSAGNE. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, II, n° 10.) — La faune des tombeaux, par MÉGNIN. (*Acad. des sciences*, 14 nov.)

Médecine militaire. — Histoire médicale des troupes européennes dans le commandement de Bombay pour 1886, par THOMSON. (*Londres.*) — Diagramme du service de santé d'un corps d'armée anglais en campagne, par EVATT. (*Indian med. Gaz.*, 22, p. 33.) —Sur l'hygiène des troupes en campagne dans les pays intertropicaux, par HUAS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hygiène pratique des troupes européennes en campagne dans les pays intertropicaux, par PLOUZANI. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'hygiène des troupes à la Guadeloupe, par MERVEILLEUX. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'évacuation des malades et des blessés en temps de guerre, par LEENDERTZ. (In-8°, *Vienne.*) — La ration du marin, par CORROCHANO. (*Bol. de med. nav.*, 10, p. 49.) — Note sur les effets de la mélinite, par TACHARD. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — Le paquet de pansement du soldat, par BARETTE. (*Rev. de clin. et de thérap.*, 11 août.)

Mélanose. — Tumeurs mélaniques de la peau et de divers organes, mélanodermie, par PANNÉ. (*Soc. Anatomique*, 19 déc. 1886.) — Tumeurs mélaniques de la peau, du foie, de la dure-mère, du cerveau ; tumeurs non mélaniques dans l'encéphale ; sarcome périvasculaire, par PILLIET. (*Arch. de phys.*, 15 nov.) — Tumeur mélanique de la moelle osseuse, par RINDFLEISCH et TH. HARRIS. (*Arch. f. path. Ana. u. Phys.*, CIII, H. 2, p. 344.) — Etude chirurgicale du sarcome mélanique, son développement sur un nævus pigmentaire, par MICHEL. (*Thèse de Nancy.*) — Note sur les

lésions de la peau dans la mélanodermie congénitale, par VARIOT. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.)

Membre. — Scoliose et coxalgie simulées, dues au raccourcissement d'un des membres inférieurs, par TERRILLON. (*Bulletin méd.*, 30 oct.)

Méningite. — Méningite à forme hémiplégique (3 cas), par HOCHHAUS. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 janv.) — Pachyméningite cervicale hypertrophique, par CHARCOT. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.) — Etiologie de la méningite suppurée par NEUMANN et SCHAEFFER. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.) — Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 3 nov.) — Méningite chronique probablement syphilitique, déterminant une démence progressive, par FRANCIS WARNER. (*Brit. med. Journ.*, p. 935, avril.) — Epidémie de méningite à Beuthez, par HERMANN et KOBER. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juillet.) — Durée d'incubation de la méningite épidémique, par RICHTER. (*Breslauer aertz. Zeit.*, 23 juillet.) — Méningite cérébro-spinale, par ANSTRUTHER DAVIDSON. (*Glasgow medical Journal*, vol. 4, avril.) — De l'étiologie de la méningite aiguë cérébro-spinale, par WEICHSELBAUM. (*Fortschritte der Med.*, V, n° 18.)— Onctions d'iodoforme dans la méningite, par HOLT. (*Practitioner*, mai.)

Menstruation. — De l'époque de l'apparition de la menstruation, par SULLIES. (*Inaug. diss. Kœnigsberg*, 1886.) — But et causes du processus menstruel, par ALEXANDER VON FROKTISTOW. (*Thèse de Berne*, 1886.) — Menstruation supplémentaire, par MAC CALLUM. (*Cong. internat. Washington.*) — Observation de règles hâtives (hémorragie vulvaire) chez une enfant de cinq jours, par ROULIN. (*Union médicale*, 27 août.) — Hémorragie supplémentaire par la grande lèvre, par HARKIN. (*Lancet* 30 oct. 1886.) — Sur un cas d'hématémèses supplémentaires de la menstruation dans les sept premiers mois d'une grossesse, par LIÉGEOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — De la dysménorrhée membraneuse, par COQUARD. (*Thèse de Lille*, 4 juin.) — Anatomie pathologique de la dysménorrhée membraneuse, par MEYER. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXI, 1.) — Régulation des règles par la suggestion, par BERNHEIM. (*Assoc. franç., Congrès de Toulouse.*) — Rétention des règles dans l'utérus, vice de conformation des organes génitaux internes et externes ; tentative d'évacuation; mort rapide ; autopsie, par JEANNEL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 16 sept.) — Du traitement de la rétention des règles par atrésie des voies génitales, par LAVILLE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Menstruation précoce et cancer de l'utérus, par BERNARD. (*Lyon méd.*, 14 août.)

Mine. — Action meurtrière des poussières charbonneuses pendant et après l'explosion du grisou, par SERVEL. (*Loire méd.*, 15 juillet.)— Sur les accidents morbides causés par les explosions limitées dans les galeries des mines de charbon, par DUJOL. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Des effets de la compression et de la décompression brusques sur les mineurs, dans les explosions de grisou, par GRANJON-ROZET. (*Ibid.*, 15 mai.) — Des accidents provoqués par les explosions de grisou, par GUINAND. (*Ibid.*, 15 mai.)

Moelle. — Sur l'existence d'un vestige caudal de la moelle épinière chez l'embryon du poulet, par TOURNEUX et HERRMANN. (*Soc. biol.*, 26 mars.) — Leçons cliniques sur six cas de maladies de la moelle, par GRASSET. (*Montpellier médical*, juin.) — La myélite aiguë expérimentale obtenue avec le vernissage, par BONUZZI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Etude de l'amyotrophie progressive héréditaire, par MUSSO. (*La Riforma med.*, 22 juillet.) — De la myélite cavitaire, par JOFFROY et ACHARD. (*Arch. de physiol.*, X, n° 7.) — Myélite par compression, par BOISVERT. (*Arch. de*

physiol., 15 nov.) — Cas de myélite aiguë et subaiguë ; guérison, par John Steven. (*Glasgow medical Journal*, juin.) —Poliomyélite antérieure, chronique de l'adulte, terminée par myélite aiguë du bulbe, par Otto Buss. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juillet.)— Un cas d'hémorragie intra-rachidienne, par Senator. (*Ibid.*, 29 août.) — Un cas d'hématomyélie, par Leyden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — Etude sur les lésions hémi-latérales de la moelle et sur l'apoplexie spinale, par Hoffmann. (*Münch. med. Woch.*, n° 20.) — Observation de paralysie bulbaire, par Fischer. (*Americ. neurol. Assoc.*, 22 juillet.) — Rapports entre l'ataxie locomotrice et la syphylis, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 oct.) — Constatations anatomiques dans un cas de persistance unilatérale du phénomène du genou, par Westphal. (*Arch. f. Psychiat.*, XVIII, 2.) — Tabes précoce et hérédité nerveuse, par Berbez. (*Progrès médical*, 23 juillet.) — De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive, par Rivière. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux générations d'ataxie héréditaire ou congénitale, par Martin. (*Med. News*, 27 août.) — La maladie de Friedreich, par Charcot. (*Progrès médical*, 4 juin.) — Etude sur la maladie de Friedreich, par Cuche. (*Thèse de Lyon*, n° 385.) — Atrophie grise au début ; tabes dorsalis ; symptômes oculaires précoces, par Auscher. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.) — Atrophie grise double, paralysie de la 3e paire, tabes, par Clerval. (*Ibid.*, avril-juin.)— Des arthropathies des tabétiques, par Rotter. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — *Idem*, par Sonnenburg. (*Ibid.*) — Trois cas d'arthropathies tabétiques, dont l'un sans ataxie et un autre occupant le siège d'une ancienne fracture, par Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juillet.) — Un cas d'arthropathie dans le tabes, par Kahlden. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 2.) — De l'application des pointes de feu sur les membres inférieurs dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive, par Cazenave. (*Rev. gén. de clin.*, 1er sept.) — Syncope locale des extrémités supérieures à la suite d'une commotion médullaire; disparition rapide de l'affection, par Marfan. (*Arch. de méd.*, oct.) — Contusion de la moelle ; paraplégie ; mort, par B. Lewis. (*Saint-Louis med. Journ.*, juillet.) — Observation permettant le diagnostic différentiel d'une tumeur de la moelle d'avec une lésion de la queue du cheval, par James Oliver. (*Brain*, p. 550, janv.) — Des tumeurs de la moelle spinale, par Borgherini. (*Riv. veneta di sc. med.*, juillet.) — Tumeurs musculaires; symptômes multiples et symétriques, consécutifs à une contusion de la moelle, par Buchterkirch et Bumke. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 août.)

Molluscum. — Un cas de molluscum contagiosum, communiqué par un nourrisson à sa mère, par Haventh. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, mars.) Du molluscum fibreux de la région ano-rectale, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 8 sept.)

Mort. — Recherche des signes directs de la mort de l'organisme, par Arnaud. (*Ass. franç., Congrès de Toulouse.*) — Procédé pour ranimer les individus en état de mort apparente, par Frank. (*Berl. klin. Woch.*, 11 oct. 1886.)

Mortalité. — Statistique de la mortalité de la profession médicale, par William Ogle. (*Medico-chir. Trans.*, 41, p. 217.)

Morve. — Etude du bacille de la morve, par Kranzfeld. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 10.) — Inoculation de la morve au campagnol (rat des champs), par Kitt. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 9.) — Un cas de morve humaine suivi de guérison, par N. Cooper. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 110, 23 juillet.)

Muscle. — Du plasma du muscle, par HALLIBURTON. (*Journ. of physiol.*, VIII, 3 et 4.) — Nouveaux documents sur les relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire ; de la quantité de chaleur produite par les muscles qui fonctionnent utilement dans les conditions physiologiques de l'état normal, par CHAUVEAU et KAUFMANN, (*Acad. des sciences*, 8 août.) — Du coefficient de la quantité du travail mécanique produit par les muscles qui fonctionnent utilement dans les conditions physiologiques de l'état normal, par CHAUVEAU et KAUFMANN. (*Ibid.*, 16 août.) — Recherches sur des mouvements de contraction et de relâchement, en apparence spontanés, qui se produisent sur les muscles après la mort, tant que dure la rigidité cadavérique, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, 3 oct.) — Mesure de la force musculaire chez l'homme, par ZOJA. (*Boll. scient. di Pavia*, mars.) — Le sens musculaire, sa nature, sa localisation corticale, par H. CHARLTON BASTIAN. (*Londres*, avril.) — Le sens musculaire; revue critique, par SOLLIER. (*Arch. de Neurol.*, juillet.) — Recherches expérimentales sur la morphologie des muscles, par MAREY. (*Acad. des sciences*, 12 sept.) — Des effets dissemblants et ressemblants entre la vigueur du muscle cardiaque et du muscle ordinaire quand ils sont mis en contact avec des solutions de sels de sodium, calcium et potassium, par SYDNEY RINGER et BUXTON. (*Journ. of physiol.*, VIII, n° 5.) — Influence de la chaleur sur l'irritabilité des muscles et des nerfs de la grenouille, par EDWARDS. (*Studies from biol. Laborat.*, IV, n° 1.) — Changements dans la composition chimique des muscles dans la fatigue, par MONARI. (*Tunis.*) — Le fer et l'hémoglobine dans les muscles privés de sang, par ZALESKI. (*Cent. f. med. Wiss.*, n°s 5 et 6.) — Suppléance réciproque du grand dentelé et de la partie inférieure du trapèze dans le cas de paralysie de ces muscles, par RUMPF. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.) — Torticolis, par GUYON. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Du torticolis intermittent, par FORCHHEIMER. (*Arch. of pediatrics*, fév.) — Paramyoclome multiple, par STARR. (*Americ. neurol. Assoc.*, 21 juillet.) — Les théories modernes de l'atrophie musculaire progressive, par MELOTTI. (*Gazz. d. ospit.*, n° 65.) — De quelques cas d'atrophie musculaire unilatérale et de leur traitement par l'électricité, par BARINCOU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas d'atrophie musculaire progressive juvénile, avec participation des muscles de la face, par M. BERNHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) — Atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, accompagnée de symptômes rares et terminée rapidement (en 1 an) par la suppression des muscles respirateurs ; albuminurie intermittente, par AUDRY. (*Lyon méd.*, 2 oct.) — Myosite aiguë, simulant une nécrose massive; guérison par de larges incisions, par RUSHTON PARKER. (*Brit. med. Journ.*, p. 178, juillet.) — De la myosite aiguë suppurée, par SNARD. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de myosite aiguë infectieuse généralisée, par H. JACKSON. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 663, 11 juin.) — Sur les ruptures musculaires, par AMIAND. (*Thèse de Bordeaux.*)

Mycosis. — Mycosis fongoïde en rapport avec la sarcomatose cutanée primitive, par CIARROCCHI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Du mycosis fongoïde, nouveaux cas, par DE AMICIS. (*Ibid.*, sept.)

N

Nerf. — Des nerfs de l'épithélium, par FRAENKEL (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.) — Anatomie et physiologie du nerf récurrent, par DONALDSON et HOOPER.

(*Journ. of Amer. Assoc.*, 18 juin, p. 689.) — Energie spécifique des nerfs du toucher, par Howell. (*Studies from biol. Laborat.*, IV, n° 1.) — Le système nerveux et la chaleur animale, par Ch. Richet. (*Rev. scientif.*, 17 sept.) — De l'influence du système nerveux sur la circulation collatérale, par Stefani. (*Lo sperimentale*, août.) — Sur la fatigue des nerfs, par Herzen. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Plaie (couteau) de la jambe, blessure des artères tibiale postérieure et péronière et du nerf tibial postérieur, ligature, névroraphie, guérison, par Croft (*Brit. med. journ.*, 8 oct.) — Arrachement du facial chez un lapin, par Beaunis. (*Soc. biol.*, 2 avril.) — Des dégénérations ascendante et descendante des nerfs, par Fedor Krause. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Sur quelques conditions de la régénération des nerfs sectionnés, par Schiff. (*Semaine méd.*, 7 sept.) — D'un phénomène d'irradiation sensitive après cicatrisation des nerfs sectionnés observé sur lui-même, par Rud. Jacobi. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 et 20 juin.) — Arrachement total du nerf péronier d'origine traumatique, neurorraphie, par W. von Muralt. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — D'un nouveau procédé de résection du nerf maxillaire inférieur, par Galignani (*Congrès de Pavie*, sept.) — Sur la suture des nerfs et son mode d'action. Discussion, par Quénu, Richelot, Polaillon, Reclus. (*Bull. Soc. de Chir.*, XIII, p. 380-385.) — Observation d'une suture secondaire du nerf radial suivie de restauration fonctionnelle, par Ehrmann. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Sur un cas de polynévrite primitive, par Pitres. (*Bulletin méd.*, 21 sept.) — Lésions des cellules ganglionnaires dans les inflammations, par Friedmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Des polynévrites, par Duplaix. (*Gaz. des hôp.*, 29 oct.) — De la polynévrite aiguë de forme épidémique, par Eisenlohr. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 octobre.) — Des névrites périphériques, par Giraudeau. (*Arch. de méd.*, nov.) — De la névrite puerpérale, par J. Mobius (*Munch. med. Woch.*, n° 9.) — Sur quelques cas de névrite multiple d'origine syphilitique, par Mills. (*Americ. neurol. Assoc.*, 22 juillet.) — De la névrite multiple alcoolique, par Thomsen. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet.) — Des névrites multiples alcooliques ou syphilitiques, par Minkowski, J. Schreiber, Vossius. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — De la névrite alcoolique, par Dejerine. (*Arch. de physiol.*, n° 6, 15 août.) — Névrite multiple avec paralysie faciale double, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — De la névralgie du trijumeau, par Victor Horsley. (*Brit. med. j.*, p. 180, juillet.) — Un cas de névralgie du trijumeau ayant exigé 13 résections de branches nerveuses, par Lossen. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 octobre.) — Traitement des névralgies par le froid intense, par Jacoby. (*Americ. neurol. Assoc.*, 22 juillet.) — Tic douloureux de la face, traitement par le froid avec la pulvérisation de rhigolène, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 3 sept.) — Note sur certaines impressions subjectives douloureuses de froid, de la psychralgie crurale, par Pollosson (*Lyon méd.*, 10 sept.) — Note sur la valeur diagnostique de l'attitude chez certains malades atteints de sciatique, par Ballet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 20 juillet.) — 3 cas de névralgie des moignons d'amputation, par Witzel. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 octobre.) — Neuro-fibrome plexiforme double de la face, par Fritz Fischer. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — Ablation d'un sarcome fibreux du plexus brachial, adhérent aux racines de la huitième paire cervicale et de la première dorsale, par Edw. Bellamy. (*Medico-chir. Trans.*, LI, p. 211.)

Nerveux (Système). — Sur les anastomoses des éléments du système nerveux, par A. Forel. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — De la structure de la névroglie des centres nerveux cérébro-spinaux, par Petrone. (*Gazz. med. ital. Lombard.*, n° 31.) — Contributions à la

physiologie et à la microchimie des cellules nerveuses des ganglions périphériques, par Anna Kotlarewsky. (*Thèse Berne*, 1886.) — Contributions à l'étude des cellules nerveuses dans les ganglions périphériques, par Hélène Koneff. (*Thèse Berne*, 1886.) — Mitose dans le système nerveux central, par Merk. (*Wien.* In-4°.) — Dégénérescence et néoformation des fibres nerveuses médullaires périphériques, par Cattani. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — De quelques formes singulières d'altération régressive des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, par de Hieronymis. (*Giorn. di neuropatol.*, n° 3.) — Influence du système nerveux sur la production de l'œdème, par Dourdouffi. (*Arch. slaves de biol.*, III, 3.) — Influence du sympathique sur les maladies, par Long Fox. (*Londres*, 1886.) — Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou, par Gaudin. (*Thèse de Paris*, 12 nov.) — Disposition des fibres nerveuses dans les fibromes multiples de la peau et les névromes, par Kriege. (*Arch. f. path. Anat.*, VIII, 3.) — Squirrhe du ganglion semilunaire, par White. (*London path. Soc.*, 18 oct.)

Névrose. — La maladie des tics convulsifs, par Burot. (*Assoc. franç. Cong. de Toulouse.*) — De la maladie dite pied de madura considéré comme une tropho-névrose, par Labouroux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Névroses vasomotrices et sensitives de la peau de la plante du pied, par Marcacci. (*Giorn. ital. delle mal. veneree*, sept-oct.) — Crampe des crieurs d'enchères, par Zenner. (*Berl. klin. Woch.*, 25 avril.) — Sur le traitement de la migraine ophthalmique, par Gilles de La Tourette. (*Progrès médical*, 11 juin.) — Deux cas de migraine ophtalmique, par F.-C. Müller-Lyer. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 octobre.)

Nez. — Du tissu érectile des fosses nasales, par Arviset. (*Thèse de Lyon.* n° 383.) — Du tissu érectile des fosses nasales, par Isch-Wall. (*Progrès méd.*. 10 sept.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la peau du nez, par Sophie Geduld. (*Thèse Berne*, 1886.) — Parosmie, ses causes, son traitement, par Grazzi. (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, n° 1.) — Les névroses réflexes d'origine nasale, par Calmettes. (*Progrès médical*, 9 juillet.) — Symptômes nerveux dus aux affections du nez, par Finne. (*Nork. magaz. f. lagered.*, juin.) — Du traitement opératoire radical de certaines formes de migraine, asthme, fièvre de foin, ainsi que d'un grand nombre de manifestations connexes, par Hack, traduction de Muller-Schirmer. (*Paris.*) — Relation entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales, par Arnozan (*Assoc. franç. Cong. de Toulouse.*) — Opération pour la déviation de la cloison nasale, par Peyre Porcher. (*Med. News*, 1er oct.) — De l'obstruction du nez, par Spiur. (*West London med. chir. Soc.*, 4 nov.). — Le croup de la muqueuse nasale (rhinitis fibrinosa), par A. Hartmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 641.) — Du catarrhe purulent du nez avec un cas de catarrhe de l'antre d'Highmore opéré suivant la méthode de Mikulicz, par G. Firwe. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Des mesures hygiéniques dans le catarrhe nasal, par Th. Rumbold. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 28 mai, p. 595.) — Complications auriculaires de l'ozène, par Adrien Wyss. (*Thèse Berne*, 1886.) — Microorganismes des sécrétions de la rhinite chronique atrophique, par Klamann. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 21 sept.). — L'ozène vrai, par Tédenat. (*Montpellier médical*, 1er août.) — Le traitement du coryza, par Roux. (*Rev. de clin et thérap.*, 22 sept.) — Les varices nasales et de leur traitement, par Villedary. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'épistaxis, par Fletcher Ingals (*Med. News*, 23 juillet.) — De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie, par Ruault. (*France médicale*, 1er octobre.) — L'irrigation d'eau très chaude contre

les épistaxis graves, par ALVIN (*Loire méd.*, 15 août.) — Epistaxis arrêtée par un vésicatoire sur la région hépatique, par ECHEVARRIA (*El Dictamen*, 30 juin.) — Lupus du nez guéri par l'acide lactique, par RAFIN. (*Lyon méd.*, p. 382, 20 nov.) — Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, par DUPOND. (*Thèse de Bordeaux.*) — Syphilide gommeuse du nez, rhinoplastie, par SCARENZIO. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Larves de la cal liphora limensis dans les fosses nasales, par F. AGUIRRE. (*Thèse*, *Santiago de Chili.*) — Deux cas intéressant le diagnostic et le traitement des corps étrangers du nez, par J. MIDDLEMASS HUNT. (*Glasgow medical Journ.*, mars.) — Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la cavité et de l'arrière-cavité des fosses nasales, par VERCHÈRE. (*Arch. de laryngol.*, n° 1.) — Des polypes muqueux des fosses nasales et de leur traitement, par POLLOSSON. (*Province méd.*, 8 oct.) — Structure des myxo-fibromes des fosses nasales, par SEIFERT. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 523.) — Des fibromes du nez, par CASSELBERRY (*Cong. internat. Washington.*) — Méthode rapide pour la coloration des bacilles du rhinosclérome, par MELLE. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Un cas de rhinosclérome, par SCHULTHERS. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — Des opérations pratiquées dans la région postérieure des fosses nasales, sous la conduite du doigt, par ZIERN. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 212.) — Cas de rhinoplastie, par BARDELEBEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 août.) — Nouveau rhinoscope, par JELENFFY. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet.)

Nystagmus. — Leçon sur le nystagmus des mineurs, par C.-S. JEAFFRESON. (*Brit. med. Journ.*, p. 109, juillet.) — Nystagmus latéral soudain chez un homme de 70 ans, par JESSOP. (*Ibid.*, p. 623, mars.)

O

Occlusion intestinale. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale chronique, par TREVES. (*London med. Soc.*, 24 oct.) — De l'occlusion intestinale, par X. DELORE. (*France médicale*, 17 mai.) — Deux cas d'étranglement interne mortels malgré l'opération. — 1° Résection circulaire de l'intestin pour une invagination; 2° anus artificiel chez l'enfant pour triple enroulement d'une bride épiploïque autour du mésentère, par VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale, par LANCIAL. (*Journ. des sc. méd. Lille.*, 2 sept.)— Cas d'iléus guéri par ponction de l'intestin, par J. WENTSCHER. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 août.) — Volvulus de l'arc sigmoïde du colon, laparotomie, par LAMMIMAN. (*Brit. med. Journ.*, 15 oct.) — Sur la thérapeutique de l'occlusion intestinale, inversion, laparotomie ou entérotomie, par FOLET. (*Bulletin médical du Nord*, juillet, et *Revue gén. de clin.*, 18 août.) — Traitement opératoire de l'occlusion intestinale, par RYDYGIER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Occlusion intestinale, laparotomie, guérison, par LORETA. (*La Riforma med.*, 11 oct.)

Œil. — L'ophtalmoscope et le diagnostic ophtalmoscopique, par F. DIMMER. (*Leipsig et Vienne.*) — L'ophtalmoscope Helmholtz Wecker; avantages de l'examen à l'image droite sous un faible éclairage, par MASSELON. (*Ann. d'oculist.*, juillet-août.) — Modification de l'ophtalmoscope, par DENNETT. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet. — Un nouvel ophtalmoscope, par ANDERSON. (*The Lancet*, mai.) — L'ophtalmologie chez les Grecs, par

Hirschberg. (*Arch. f. Ophthalm.*, XXXIII, 1.) — Méthode pour conserver les préparations macroscopiques du bulbe oculaire, par Haensell. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.) — Des muscles intra-oculaires chez les mammifères et les oiseaux, par Joseph. (*Ophth. Rev.*, mai et juillet.) — Sur l'équilibre statique et dynanique des yeux, par Below. (*Westnik opht.*, mai.) — Anomalies des muscles oculaires, par Stevens. (*Arch. of ophthalm.*, juin.) — Coloboma cystoïde des yeux, par Lebedew. (*Westnik ophtalm.*, mai.) — De l'anophtalmie, par Treacher Collins. (*London opht. hosp. Rep.*, XI, part. 4.) — Photographies du fond de l'œil, par Howe. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Le phénomène de l'ombre pupillaire, théorie et application à la mesure des amétropies (kératoscopie de Cuignet), par Leroy. (*Rev. d'opht.*, 31 juillet.) — De la détermination du degré de l'amétropie, par la rétinoskiascopie, par Zieminski. (*Ibid.*, mai.) — Des images kératoscopiques, par Cuignet. (*Ibid.*, mai.) — De la kératoscopie ou skioscopie, moyen simple et à la portée de tous, pour déterminer rapidement la réfraction oculaire et ses anomalies, myopie, hypermétropie et astigmatisme, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 17 juillet.) — Les verres gris-jaunes et les mouvements des éléments rétiniens, par Fieuzal. (*Bull. clin. nat. des Quinze-Vingts*, mai-juin.) — Quelques phénomènes entoptiques, par Charpentier. (*Arch. d'opht.*, VII, n° 3, p. 209.) — Héméralopie, par Nettleship. (*Ophth. Review.*, juin.) — Pouvoir convergent binoculaire et angle métrique, par Stœber. (*Assoc. française, Cong. de Toulouse.*) — Observations faites à l'aide de la loupe cornéenne binoculaire de Zehender et Westien, par Laquer. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 octobre.) — Un cas de triplopie monoculaire, par Wilhelmi. (*Klin. Monats. f. prakt. Augenheilk.*, juillet.) — Triplopie uni-oculaire, par Wherry. (*Cambridge med. Soc.*, 8 juillet.) — Accroissement de la cécité aux Etats-Unis, par Howe. (*Americ. Opth. Soc.*, 20 juillet.) — La cécité et ses causes parmi les paysans du district de Nolinsk, par Serguiew. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Auvard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 oct.) — Généralités sur les microorganismes de l'œil à l'état normal, par Gallenga. (*Boll. d'ocul.*, IX, n° 15.) — Panophtalmie après traumatisme, par Van Gieson. (*New York med. Journ.*, 2 juillet.) — Xérophtalmie, par Fontabella. (*Rev. de med. y Farm.*, 21 mai.) — Des affections oculaires d'origine phthiriasique, par H. Goldenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 novembre.) — Préparation pour les brûlures de l'œil, par Flanagan. (*Pharmac. Record*, 20 septembre.) — Affection oculaire produite par un éclairage insuffisant, par Galezowski. (*Bulletin médical*, 12 juin.) — Les mouches volantes, par Panas. (*Progrès médical.* 28 mai.) — Opacité zonulaire congénitale antour de la fovea, par Wadsworth. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Troubles pigmentaires dans le fond de l'œil, par Critchett et Juler. (*Ophth. Review*, juin.) — De la névrite optique, par R. Deutschmann. (*Iéna.*) — Rupture du nerf optique au niveau du chiasma, par Post. (*The Americ. Journ. of ophth.*, juin.) — Atrophie optique héréditaire, par Nettleship. (*Opht. soc. of unit. kingdom*, 20 oct.) — Névrite optique double d'origine cérébrale, par Clerval. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.) — Double atrophie par pertes sanguines répétées, par Coroenne. (*Ibid.*, avril-juin.) — Amblyopie cérébrale consécutive à des hémorragies, par Daguilhon. (*Ibid.*, avril-juin.) — Atrophie optique d'un œil et hémianopsie temporale de l'autre, par Story. (*Ophthalm. Review.*, juillet.) — Des amblyopies toxiques, par Borel. (*Bull. méd.*, 4 sept.) — Un cas d'amaurose quinique, par Roosa. (*Americ. otol. Soc.*, 20 juillet.) — De quelques formes d'amblyopie congénitale et infantile, par Nettleship. (*London opht. hosp. Rep.*, XI, part. 4.) — Observation d'hémianopsie temporale, par Rumschewitsch. (*Petersb. med. Woch.*, n° 10.) — Ophthalmoplégie nucléaire, par Kojewnikoff. (*Progrès médical*, 3 sept.

— De la paralysie périodique de l'oculo-moteur, par SENATOR. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — Sur la paralysie périodique du nerf moteur oculaire commun. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Paralysie récurrente de l'oculo-moteur, par WADSWORTH. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Paralysie progressive des muscles oculaires, dégénération grise des cordons postérieurs avec hémiatrophie du noyau de l'hypoglosse et de ses racines, par WESTPHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Le soi-disant traitement orthopédique des paralysies oculaires, par BULL. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Prophylaxie de la cécité par ophtalmie congénitale, par PFLUEGER. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 12, p. 371, 15 juin.) — Recherches expérimentales sur l'ophtalmie sympathique, par MAZZA. (*La Riforma med.*, 2 sept.) — De l'ophtalmie sympathique après l'éviscération, par CROSS. (*Ophth. Soc. of London*, juillet.) — Etude critique des différents traitements de l'ophtalmie sympathique, par ETIENNE. (*Thèse de Nancy.*) — Trois cas d'ophthalmie sympathique arrêtés par l'énucléation précoce de l'œil malade, par C. HOTZ. (*Journ. of Americ. assoc.*, p. 203, 13 août.) — Méningite mortelle après l'énucléation d'un œil en suppuration, par LANG, (*Ophth. Soc. of un. kingdom*, juin.) — Accidents oculaires produits par l'inhalation de sulfure de carbone, par DUBOIS DE LAVIGERIE. (*Journal de méd. de Paris*, 28 août.) — Les coups de soleil affectent-ils la vue d'une façon durable, par SPALDING. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Tuberculose centrale ayant produit une hémiatrophie, une hémiplégie partielle et une anosmie unilatérale, par CHURTON et GRIFFITH. (*Brit. med. Journ.*, mai.) — Cas de sarcome intra oculaire, par LAWFORD. (*London opht. hosp. Rep.*, XI, part. 4.) — Sarcome à petites cellules du globe, carie des os et de la base du crâne, par BAYER. (*Zeit. f. vergl. Augenh.* V, 1.) — Sarcome de l'œil gauche, excision, par DA GAMA. (*Brit. med. journ.*, 15 oct.) — Amaurose dans un cas de gliome mono-oculaire, par DUJARDIN. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, n° 16.) — Recherches sur la greffe oculaire; expérience sur la greffe intrapéritonéale de l'œil, par BARABAN et ROHMER. (*Arch. d'opht.*, n° 3.) — De l'exentération et de l'énucléation de l'œil, par BECKER. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre). — Transplantation de l'œil du lapin avec énucléation consécutive, par BRADFORT. (*Arch. of ophth.*, juin.) — Des yeux artificiels, par EMMERT. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er sept.) — De l'emploi de la cocaïne en chirurgie oculaire, par A. FROST. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, avril.) — De l'asepsie oculaire, par GAYET. (*Lyon méd.*, p. 389, 17 juillet.) — Avantages du sublimé et inconvénients de la cocaïne dans les opérations sur les yeux, par HAAB. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er novembre.) — De l'asepsie et de l'antisepsie en oculique, par TRUC. (*Montpellier médical*, 16 juillet.) — Valeur du peroxyde d'hydrogène comme remède thérapeutique et diagnostique, par MAKLAKOFF, (*Arch. d'opht.*, VII, 3, p. 198.)

Œsophage. — Muguet de l'œsophage avec inflammation suppurée de la muqueuse, par LANGERHANS. (*Arch. f. pathol. Anat.* CIX, 2.) — Un os enclavé à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'œsophage, œsophagotomie externe, guérison, par R. DE LA SOTA Y LASTRA. (*Rev. de laryngol.*, sept.) — Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique. (Rétrécissement spasmodique), par MERMOD. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 422, juillet.) — Rétrécissement simple de l'œsophage au niveau du cardia, par A. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Dilatation de l'œsophage, suite de rétrécissement, par HANDFORD. (*London path. Soc.*, 18 oct.) — De l'ulcère simple de l'œsophage et du rétrécissement consécutif de cet organe par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 août.) — Cancer de la partie supérieure de l'œsophage, chez une femme (épithéliome non ulcéré), par W. LUBLINSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 6 juin.) — Cancer de l'œsophage; mort brusque par

ulcération de l'aorte, par Cornaz père. (*Revue médicale Suisse romande*, VIII, p. 543.) — Tubage de l'œsophage comme traitement du rétrécissement cancéreux de cet organe, par Charters Symonds. (*Brit. med. journ.*, p.870, avril.) — Deux œsophagotomies pour extraction des dentiers, par Berns. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Une œsophagotomie externe, par Giommi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 54.)

Ongle. — Observations relatives à certaines formes rares d'affections des ongles, par Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.*, p. 984, mai.) — Sur un cas de nécrose totale des ongles des deux mains, par de Sanctis. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — Traitement de l'ongle incarné, nouveau procédé, par Benon. (*Thèse de Bordeaux.*) — Traitement de l'ongle incarné, par Patin. (*Gaz. des hôp.*, 22 sept.) — De l'onyxis et de son traitement, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 27 sept.)

Orbite. — Pathogénie des tumeurs de la queue du sourcil, par Larger. (*Soc. de chirurgie*, 15 juin.) — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les tumeurs de l'orbite, par Abadie. (*Union médicale*, 28 juin.) — Tumeur éburnée de l'orbite, par Bassères. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 juillet.) Des tumeurs éburnées de l'orbite, par Pouchet. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'exostose de l'orbite, par Weiss. (*Revue de clin. et thér.*, 17 nov.)

Oreille. — De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal, par Lannois. (*Arch. de l'anth. crimin.*, 15 septembre.) — L'oreille moyenne du nouveau-né, par Lenhard. (*Thèse de Paris,* 16 nov.) — Embryologie de l'oreille moyenne, par Gradenigo. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 61.) — Manuel des maladies de l'oreille et de la cavité pharyngo-nasale, par Macnaughton Jones. (*Londres.*) — Physiologie du limaçon ; rôle du limaçon osseux. Etude expérimentale, par Gellé. (*Soc. biol.*, 2 avril.) — Détermination de la capacité du côté droit auditif, dans les conditions normales et pathologiques, par Hummel. (*Arch. für Ohrenheil*, p. 263.) — Recherches sur l'acoustique et la physiologie de l'ouïe, par H. Dennert. (*Ibid.*, p. 171.) — L'examen de l'acuité auditive, par Knapp. (*Americ. otol. Soc.*, 19 juillet.) — La compression du tragus, nouveau moyen d'otiatrie, par Adolf Hommel. (*Thèse Zurich*, 1886.) — Représentations graphiques des résultats de l'épreuve de l'ouïe par le diapason, par Hartmann. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVIII, 1.) — De l'épreuve par le diapason, par Steinbrugge. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVIII, 1.) — De quelques anomalies de l'oreille déterminant la surdité, par Teichmann. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVIII, 1.) — Recherches sur l'invasion du labyrinthe par les microorganismes à suite de la diphtérie, par S. Moos. (*Wiesbaden.*) — Surdité d'origine quinique, par Perron. (*Revue de laryng.* 1er nov.) — Diagnostic différentiel des maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe, par Saint-John Roosa. (*Americ. otol. Soc.*, 19 juillet.) — Du vertige de Ménière, par Lannois. (*Lyon méd.*, 9 octobre.) — De l'aliénation des mouvements forcés et autres névroses réflexes occasionnées par les maladies de l'oreille moyenne, par Schmiegelow. (*Rev. de laryngol.*, août.) — Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille, par Boucheron. (*Acad. des sciences*, 24 oct.) — Epilepsie d'origine auriculaire dans les affections otopiésiques à répétition, par Boucheron. (*Acad. des sciences*, 14 nov.) — Un cas intéressant d'otite tuberculeuse, par Cardone. (*Monat. f. Ohrenh.*, n° 8.) — Sur les causes et le traitement des otites moyennes chroniques, par Perron. (*Thèse de Bordeaux.*) — Otite moyenne suppurée de date ancienne chez un enfant de 9 ans ; carie du rocher, phlébite du sinus pétreux supérieur et latéral ; infarctus pulmonaires consécutifs, par Simon. (*Revue méd. de l'Est.*, 1er septembre.) — Abcès du cerveau suite d'otorrhée, mort, par

Barck. (*Saint-Louis med. journ.*, juillet.) — Développement d'une inflammation suppurative de l'oreille dans trois cas de tuberculose, par Eitelberg. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVIII, 1.) — Suppuration du tympan chez un sujet atteint du mal de Bright, par Roosa. (*Americ. otol. soc.*, 19 juillet.) — De l'eczéma de l'oreille, par Politzer. (*Ann. des mal. de l'oreille*, août.) — De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire, par Baratoux. (*Progrès méd.*, 28 octobre.) — Des insufflations d'air dans l'oreille moyenne, par Jacquemart. (*Progrès médical*, 20 août.) — Les pressions centripètes et centrifuges sur la membrane du tympan employées comme moyen de diagnostic et de traitement, par Miot. (*Revue de laryngol.*, juillet.) — Nouveau procédé d'assèchement du conduit auditif externe par l'air sec et chaud, par Couetoux et Hamon du Fougeray. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.) — L'emploi des poudres dans le traitement des maladies de l'oreille, par Holt. (*Americ. otol. Soc.*, 19 juillet.) — Perforation de la membrane de Schrapnel, par Politzer. (*Bull. méd.*, 28 août.) — Carie du rocher. Abcès sous la dure-mère. Présentation de pièce, par Prengrueber. (*Bull. soc. de chir.*, XIII, p. 543.) — Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes, guérison par la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Fiessinger. (*Lyon méd.*, 6 nov.) — Résection des osselets dans un cas d'inflammation purulente de la caisse tympanique, par Sexton. (*Americ. otol. Soc.*, 19 juillet.) — Sur l'emploi du tympan artificiel, par Delstanche. (*La clinique*, 21 juillet.) — Traitement par la trépanation hâtive des abcès intra-mastoïdiens, par Boullangier. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la formation des kystes dans le pavillon de l'oreille, par Hartmann. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVIII, 1.) — Exostose auriculaire, par George Field. (*Brit. med. journ.*, p. 928, avril.) — Exostose du conduit auditif, par John Story. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 45, janvier.) — Extirpation d'une exostose du conduit auditif, par Burnett. (*Americ. otol. soc.*, 19 juillet.) — Sur les blessures de l'oreille par armes à feu, par Puig. (*Thèse de Lyon*, n° 372.)

Oreillon. — Epidémie d'oreillon limitée par un mur et une porte vitrée, par Variot. (*Bull. méd.*, 23 nov.) — Statistique des oreillons épidémiques, par Liell. (*Medicenskoje Obosrenije*, n° 21.)

Organismes (inférieurs). Voyez *Bactériologie.*

Orthopédie. — Notice sur les corsets orthopédiques de Sayre (modification du mode de suspension préalable à l'application), par Roux. (*Revue médicale Suisse romande*, VII, p. 530.)

Os. — Etude médico-légale du centre d'ossification de l'épiphyse fémorale inférieure, par Honoria Graham. (*Thèse Berne*, 1886.) — La portion mastoïdienne du temporal, par J. Symmington. (*Edinb. med. journ.*, n° 293, 1886.) — Etendue des variations de forme de l'omoplate chez l'homme, par Dwight. (*Amer. naturalist*, juillet.) — De quelques affections des os, par Schlange. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus droits; issue des diaphyses par une vaste plaie des téguments. Mort par tétanos, par Pineau. (*Union médicale*, 1er septembre.) — Ostéopathie des adolescents; sa première période dite médicale, par L. Revilliod. (*Revue Suisse normande*, VII, 591 et 619, octobre.) — De l'ostéomyélite de l'adolescence, par Segond. (*France médicale*, 13 sept.) — Ostéomyélite remontant à 4 ou 5 ans, opération; mort, par Truc. (*Montpellier médical*, 16 août.) — Des suites de l'ostéomyélite aiguë spontanée, par Locuillet. (*Thèse de Nancy.*) — Ostéomyélite; incision et perforation de l'os, drainage antiseptique; mort, par Truc. (*Gaz. hebd. des sc. méd.*

de Montpellier, n° 22.) — De l'ostéomyélite prolongée, fermée ou sans fistule ; théorie de la reviviscence microbienne, par Pollosson. (*Province méd.*, 6 août.) — Ostéite aiguë du col et de la tête du fémur, par C. Macnamara. (*Brit. med. Journ.*, p. 13, juillet.) — De l'ostéite apophysaire non suppurée de la tubérosité antérieure du tibia, par Pollosson. (*Province méd.*, 24 septembre.) — Expériences sur du pus d'ostéomyélite, par Jaboulay. (*Province méd.*, 6 août.) — Ostéosclérose syphilitique de l'os frontal, par Arnaldo Viti. (*Boll. della soc. dei cultori delle sc. mediche*, IV.) — De la trépanation des os longs, par Guichard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ostéoclasie avec l'appareil de Robin, par Falleroni. (*Congrès de Pavie*, septembre.) — Pathogénie des tumeurs des cicatrices osseuses, par Chabaud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Contribution à l'hérédité des tumeurs rares (exostose multiple cartilagineuse), par R. Heymann. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H., 1, p. 145.) — Ablation d'un ostéome de l'humérus, par Saltzman. (*Soc. des méd. finlandais*, 10 juin.) — Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur, désarticulation de la hanche, par Noury. (*L'année méd. de Caen*, 15 juin.) — Dégénérescence kystique d'un fibro-sarcome du tibia, par Eve. (*London path. soc.*, 15 nov.) — Sur la suture des os au moyen de fils métalliques abandonnés à demeure, par Desguin. (*Ann. de la Soc. d'Anvers*, août.) — Un cas d'ostéomalacie, par Lamb. (*Journ. of Americ. med. assoc.*, p. 493, 30 avril.) — Dégénération kystique des os consécutives à des fractures spontanées chez une ostéomalacique, par Bramann. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Ostéomalacie chez un homme de 30 ans, par Sidney Barwise. (*Brit. med. Journ.*, p. 775, avril.)

Ovaire. — Hernie de l'ovaire, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 27 oct.) — Anatomie pathologique de l'ovarite chronique, par Nagel. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite, par Cornil et Terrillon. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.) — Deux cas rares de kystes de l'ovaire : 1° Hydropisie d'un follicule de Graaf avec nombreux ovules; 2° kyste dermoïde multiloculaire dans chaque ovaire avec formation de substance nerveuse centrale, par E. Neumann. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 3, p. 489 et 492.) — Volumineux kyste ovarique, évacuation, drainage, par Parish. (*Philad. obst. Soc.*, 7 avril.) — Cystome ovarien avec double pédicule, par Parkes. (*Chicago gyn. Soc.*, 27 mai.) — A propos de la récidive des kystes paraovariens après la ponction simple. Kyste de l'ovaire, aliénation mentale, par Terrillon. (*Ann. de gynécol.*, sept.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire, par Murphy. (*Journ. of Americ. assoc.*, p. 407, 24 sept.) — Kystes végétants des deux ovaires, ascite, ablation des tumeurs, persistance des règles, par Terrier. (*Union médicale*, 2 juillet.) — Sur les kystes dermoïdes de l'ovaire, par Lefranc. (*Thèse de Nancy.*) — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche simulant une hématocèle rétro-utérine, ou une pelvi-péritonite ancienne, par Saussol. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 10 sept.) — Cinq observations de kystes dermoïdes de l'ovaire, par R. Jackson et Ch. Fenger. (*Jour. of Amer. assoc.*, p. 494, 30 avril.) — Tumeurs kystiques du parovarium, par Carl. Struh. (*Thèse Zurich*, 1886.) — Observation sur trente cas de laparatomie pour tumeurs kystiques de l'ovaire, par H.-C. Cameron. (*Glasgow med. journ.*, sept.) — Kyste multiloculaire gauche. Ovariotomie. Péritonite suppurée, mort, par Terrier. (*Union médicale*, 28 juillet.) — Ovariotomie pour un kyste multiloculaire de l'ovaire six semaines après l'accouchement. Guérison, par Doléris. (*Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, mai.) — Deux cas de oophoro-salpingectomie, par Tédenat. (*Montpellier méd.*, mars.) — De l'ablation des ovaires pour les accidents nerveux, par Lucas-Championnière. (*Journal de médecine de Paris*, 14 août.) — Idem, par Porak. (*Ibid.*, 21 août.) — L'opération de Battey et ses résultats naturels,

54 cas, par Battey. (*Americ. gyn. soc.*, 15 septembre.) — Une ovariotomie chez une hystérique, par Prengrueber. (*Bulletin méd.*, 21 août.) — Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leur traitement, par Couperie. (*Thèse de Bordeaux.*)

P

Palais. — Parésie du voile du palais. (*Journ. of laryngol.*, août.) — Les maladies de la luette et leur influence sur la voix et la parole, par Coen. (*Wien. med. Presse,* n° 25, p. 870.) — De quelques toux rebelles en rapport avec les vices de conformation acquis et congénitaux de la luette (luette double), par O. Leoni. (*La riforma med.*, 25 oct.) — Adénome du voile du palais, par Natier. (*Rev. de laryngol.*, 1er nov.) — Traitement des perforations du voile du palais par la cautérisation ignée, par Martel. (*Rev. internat. des sc. méd.*, 31 mai.)

Paludisme. — Conférences médicales sur la malaria, par Mavrogény-Pacha. (In-12, *Paris.*) — Revue critique sur les microorganismes de la malaria, par W. Osler. (*Brit. med. Journ.*, p. 556, mars.) — Nouvelles études sur la malaria, par Marchiafava. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Sur l'étiologie de la malaria. Remarques critiques sur les recherches récentes de Marchiafava et Celli, par V. Schlen (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 2, p. 319.) — Du paludisme à Madagascar, par Feraud. (*Thèse de Montpellier.*) — Des accès pernicieux algides, mer des Antilles, par Angier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Observation d'hémiplégie d'origine palustre, par Pascal. (*Arch. méd. milit.*, août, p. 145.) — De l'hématurie palustre, par Day. (*Med. Herald.*, 1886, 8, p. 557.) — De la fièvre pernicieuse hémorragique, par van Horn. (*Gaillard's med. Journ.*, p. 56.) — Sur l'origine et certaines complications du paludisme à la Réunion, par Leroy. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des myosites suppurées et du paludisme, par Piron. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'impaludisme dans ses rapports avec l'ouïe, par Leopold Weich. (*Thèse Bâle*, 1886.) — Etude sur un cas de sclérose en plaques disséminée à la suite d'une intoxication par le miasme paludéen, par Canellis. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 août.) — De la fièvre bilieuse hématurique au fort du Bammako, par Rousseau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un nouveau cas de tumeur de la rate (paludique) guérie par les injections parenchymateuses de quinine, par Fazio. (*La riforma med.*, 12 oct.) — Traitement des tuméfactions chroniques paludiques de la rate par les injections parenchymateuses, par Ungaro. (*La riforma med.*, 7 oct.) — Traitement prophylactique de l'impaludisme par la quinine à hautes doses, par Plehn. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 septembre.)

Pancréas. — Sur une disposition anormale des conduits excréteurs du pancréas, par Bimar. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 14 mai.) — De l'intervention opératoire dans les affections du pancréas, par Nimier. (*Arch. de méd.*, sept.) — Maladies du pancréas et iléus, par Otto Gerhardi (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, VI, H. 2, p. 303.) [Tumeurs du pancréas comprimant le duodenum, laparotomie.]

Pansement. — Guide pour le traitement des plaies, par M. Schaechter. (*Wiesbaden.*) — Le caleçon de bain dans les pansements, par V. Gautier. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 416, juillet.) — Sur l'emploi du sulfibenzoate de soude comme agent antiseptique dans le pansement des plaies,

par Heckel. (*Acad. des sciences*, 7 nov.) — Les microorganismes dans le pansement antiseptique à l'oxyde de zinc, par Victor Staeheli. (*Thèse Bâle*, 1886.) — Du salol ou salicylate de phényle pour remplacer l'iodoforme en chirurgie, par Périer et Patein. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Expériences avec la mousse comme pansement chirurgical, par Lediard. (*Brit. med. journ.*, 15 oct.) — Du pansement au sublimé corrosif en petite chirurgie, par Caldwell Smith (*Glasgow medical journal*, janvier.) — Du papier au sublimé pour pansement, par Gedeke. (*Woienno Sanit. Delo*, n° 37, 1886.) — Préparation de la gaze phéniquée et de la gaze iodoformée, par Doux. (*Journ. de pharm.*, 1er sept.) — L'iodoforme dans le pansement des plaies, par Biedert. (*Deut. med. Zeit.*, n° 58.) — Traitement des plaies par le tamponnement iodoformé, par Bramann. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — De la suture primo-secondaire des plaies, par Galotte. (*Thèse de Nancy.*) — Valeur pratique des sutures secondaires des plaies, par Helferich. (*Münch. med. Woch.*, n° 21.)

Paralysie. — Deux cas de paralysie faciale à frigore, par Baey. (*Arch. méd. belges*, juillet.) — Série de cas de paralysies périphériques avec remarques sur les névrites périphériques, par John Lindsay Steven. (*Glasgow medical Journal*, juin.) — Etude des paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial, par Giuffré. (*Giorn. di. neuropat.*, n° 3.) — Paralysie radiculaire du nerf sciatique par compression à la suite de l'accouchement, par Vinay. (*Arch. de tocol.*, 30 sept.) — Contribution à l'étude des paralysies spinales de l'adulte, par Adolphe Combe. (*Thèse Genève*, 1886.) — Traitement des paralysies spastiques, par Weir Mitchell. (*Med. News*, 23 juillet.) — Sur un cas de paralysie spinale spastique, par Musmeci. (*Rivista clinica e terapeutica*, août.) — Des amyotrophies et des paralysies pseudohypertrophiques, par Vizioli. (*Giorn. di neuropat.*, mars.) — Etudes microscopiques sur la paralysie pseudohypertrophique, par Jacoby. (*Americ. neurol. Assoc.*, 21 juillet.) — Faits pour servir à l'étude du vertige paralysant (Maladie de Gerlier), par Maltenhoff. (*Progrès médical*, 25 juin.) — Des paraplégies urinaires, par Etienne. (*Assoc. franc. Cong. de Toulouse.*) — Ramollissement des pédoncules cérébraux dans un cas de paralysie agitante, par Mazzotti. (*La Riforma med.*, 15 sept.)

Paralysie générale. — Un cas de maladie de Dupuytren dans la paralysie générale progressive, par Régis. (*Assoc. franc. Cong. de Toulouse.*) — Des causes de la paralysie générale, par Ball. (*France médicale*, 11 et 13 août.) — Manie simulant une paralysie générale, par Henry Sutherland. (*Brit. med. journ.*, p. 827, avril.)

Parotide. — Extirpation de la parotide pour un epithelioma de la peau de la région étendu à la glande, par Conti. (*Raccoglit. med.*, n° 16.)

Pathologie. — Descendance et pathologie, par R. Virchow. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIII, H. 1, p. 1.)

Paupière. — De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de sa localisation, par Surmont. (*Thèse de Lille*, 30 déc. 1886.) — Une nouvelle opération pour le distichiasis et l'entropion, par Smith. (*Arch. of ophthalm.*, juin.) — Une opération de trichiasis, par Jacobson sen. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, juillet.) — Traitement opératoire du trichiasis avec ou sans ectropion, par Arthur Benson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1154, mai.) — Sarcome de la paupière simulant un kyste meibomien, par Randall. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.)

Peau. — La dermatologie dans ses rapports avec la médecine générale, par

Unna. (*Congrès internat. Washington.*) — De l'action du vernissage de la peau, par Arnheim. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — Du rôle de la peau dans les maladies par refroidissement, par Lier. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 16.) — Coloration argyrique de la peau par des badigeonnages de la gorge au nitrate d'argent, par Baron. (*Brit. med. Journ.*, 22 oct.) — Notes cliniques sur le prurit, par Bulkley (*Amer. dermat. Assoc.*, 31 août.) — Un cas de dermatolysis généralisée, par Dubreuilh. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8, 9.) — De la dermatite exfoliatrice universelle, par de Amicis. (*Congrès de Pavie*, sept.). — Deux observations de dermatite herpétiforme type, par Duhring. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8, 9.) — Des maladies de la peau d'origine spinale produites par les lésions nerveuses périphériques, par Masurel. (*Thèse de Lille*, 15 mars.) — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, par Vallas. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les tératomes papillaires cutanés multiples préauriculaires, par Majocchi. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Sarcome primitif idiopathique de la peau, par Campana. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Nouvelle méthode de traitement des maladies parasitaires (à champignons) de la peau, par Reynolds. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 21.) — Des nouveaux progrès dans le traitement des maladies de la peau, par Unna. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 300.) — De l'efficacité thérapeutique de quelques savons médicinaux dans certaines affections cutanées, par Michelacci. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 58.) — Le salol et l'iodoforme dans le traitement des maladies vénériennes et cutanées, par Barduzzi. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Du salicylate de soude dans un cas de prurit cutané, guérison, par Icard. (*Lyon méd.*, p. 533, 14 août.) — Notes sur l'emploi des emplâtres de caoutchouc médicamenteux dans les maladies de la peau, par Stelwagon. (*Med. News*, 8 oct.)

Pellagre. — Sur un cas de pellagre sporadique, avec autopsie, par Eraud. (*Province méd.*, 13 août.) — De la pellagre symptomatique, par Guertin. (*Thèse de Paris*, 16 nov.) — La pellagre dans les provinces méridionales de l'Italie, par S. Venturi. (*La Medicina contemporanea*, juin.)

Pemphigus. — Altérations du sympathique dans un cas de pemphigus, par Stefanini. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Pemphigus, pigmentation arsenicale; cicatrices bizarres, par Handford. (*London clin. Soc.*, 14 oct.)

Périnée. — De la restauration immédiate du périnée dans les déchirures post partum, par Firpo. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la périnéorraphie appliquée aux déchirures complètes du périnée, par Picqué. (*Gaz. des hôp.*, 22 oct.)

Péritoine. — De la péritonite expérimentale, par B. Pernice. (*Rivista int. d. Med. e. Chir.*, janvier.) — Tuberculose du péritoine, laparatomie, guérison, par Poten. (*N. Nork med. Record*, 4 juin.) — Laparatomie dans le traitement de la tuberculose du péritoine, par Van de Warker. (*Americ. journ. of obst.*, sept.) — Péritonite tuberculeuse : fistules spontanées de l'ombilic, autopsie, par Shattuck. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 11 juin, p. 659.) — Péritonite suppurée, laparatomie, lavage du péritoine, guérison, par Barwell. (*London clin. Soc.*, 28 oct.) — Péritonite tuberculeuse traitée par laparatomie, par Knaggs. (*Ibid.*) — La laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, par Ceccherelli. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 73.) — Péritonite tuberculeuse traitée par le lavage à la solution phéniquée à 1 °/₀, par Kilner Clarke. (*Clinic. soc. of London*, 28 oct.) — De la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, par Audry. (*Lyon méd.*, 6 nov.) — Péritonite rhumatismale aiguë, par Robinson. (*Brit. med. journ.*, 15 oct.) — Observation de laparatomie pour péritonite tuberculeuse, par Carre. (*Assoc. française. Congrès de Toulouse.*) — Péritonite puerpérale purulente. Ponction et éva-

cuation de cinq litres de pus. Guérison, par J. Besnier. (*Union médicale*, 19 mai.) — Etiologie de la péritonite puerpérale, par Clivio et Monti. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — De la laparatomie dans la tuberculose péritonéale, par Fehling. (*Corresp. Blatt f. sch. Aerzte*, 15 octobre.) — Péritonite chronique chez une enfant. Menace de perforation au niveau de l'hypocondre droit. Incision et drainage. Perforation spontanée à l'ombilic; injections iodées dans le trajet. Guérison, par Dittmer. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.)— Péritonite suppurée mortelle par pépin d'orange dans l'appendice vermiforme chez un enfant de 4 ans, par Hausammann. (*Revue Suisse romande*, VII, p. 545). — Laparatomie le 4e jour d'une péritonite suppurée apyrétique et indolore. Lavage et drainage de l'abdomen. Mort 6 heures après l'opération, par Francillon et Roux. (*Ibid.*, VII, p. 545.) — Cancer volumineux du péritoine pris pour une tumeur de l'utérus, opération, guérison, par Béranger. (*Poitou méd.*, 1er aout.) — Etude sur le diagnostic du cancer et de la tuberculose du péritoine, par L. Canali. (*Rivista clinica di Bologna*, juillet.) — Traitement de la péritonite consécutive à la laparatomie par les purgatifs, par Gordon. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Traitement de la péritonite commençante après la laparatomie par les purgatifs, par Taber Johnson. (*Cong. internat. Washington.*)

Peste. — Invasion, degrés et formes diverses de la peste au Caucase, en Perse, en Russie et en Turquie, depuis 1835, par Tholozan. (*Acad. des sciences*, 12 sept.) — Epidémie de peste en Perse et dans le Turkestan, par Mahé. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 4, p. 69.)

Pharmacologie. — Formulaire pharmaceutique à l'usage des hôpitaux et hospices civils de Paris. (In-8°, 353 p. *Paris.*) — De quelques problèmes à résoudre par la pharmaco-physiologie, par Beyer. (*Med. News*, 12 août.) — De l'action diurétique de l'acide salicylique, par Huber. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — Les succédanés de l'acide salicylique, le salol et le salinaphtol, par Cheron. (*Union médicale*, 1er septembre.) — Etude clinique sur l'antifébrine, par Jacob. (*Thèse de Nancy.*)— L'acétanilide ou antifébrine, par Massol. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 27 août.) — Passage de l'acétanilide dans l'urine, par Pavesi (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — Action parisiticide de l'acide carbonique, par Ingria. (*Gazz d. Ospitali.*, n° 53.) — Des effets diurétiques de l'adonis estivalis, par Bufalini. (*Boll. della Sezione delle sc. med. Acad. dei fisiocr. in Siena*, V.) — Action physiologique de l'aniline et de ses sels, par Cesari et Burani. (*La rassegna di sc. med.*, juin.) — Constatation des effets analgésiques de l'antipyrine, par Espagne. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 11 juin.) — Influence de l'antipyrine sur la nutrition de l'albumine, par Lahousse. (*Ann. de la Soc. d'Anvers*, août.) — De l'antipyrine comme nervin, par Otto Seifert. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 649.) — Action physiologique de l'antipyrine, par Wera Iwanoff. (*Thèse Berne*, 1886.) — Note sur l'antipyrine et sur l'acétanilide, leurs altérations, par Bocquillon. (*Soc. de thérap.*, 26 oct.) — Sur l'action convulsivante de l'atropine, par Arnaud de Fabre. (*Assoc. franc. Cong. de Toulouse.*) — Action directe, sur le cœur du chien et de la grenouille, de l'atropine, de l'homatropine, de l'hyoscine, de l'hyoscyamine et de la daturine, par H. Beyer. (*Am. Journ. of the Med. Sc.*, avril.) — De l'arbutine, par Kunkel. (*Münch. med. Woch.*, 1886, n° 49.) — Nouvelle note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques maladies de la gorge et du larynx, par A. Ruault. (*France médicale*, 7 juin.) — De l'action diurétique du calomel, par Silva. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Le calomel comme diurétique, par Brugnatelli. (*Ann. univ. di med.*, juillet.) — Note sur la cocaïne, par Henry Burden. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 313, avril.) — Sur

l'action physiologique de la cocaïne, par U. Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 3.) — Action de la cocaïne sur la pupille et la cornée, par Jackson. (*Med. News*, 27 août.) — Recherches sur la toxicité de la colchicine, par Mairet et Combemale. (*Montpellier médical*, mars.) — Sur l'action thérapeutique de la convallarine et de la convallamarine, par Mathanson. (*Vratsch.*, n° 1.) — De la créoline, par Esmarch. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 10.) — Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique du citysus laburnum, par Prevost et Binet. (*Acad. des Sciences*, 12 sept.) — Action thérapeutique de l'éther nitreux, de l'éthyldinethyl carbinol, par Broglio. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 57.) — Etude sur le fabiana imbricata, par Nivière et Liotard. (*Journ. de pharm.*, 1er nov.) — Considérations pratiques sur la flore au Tonkin (cercle de Son-Tay), par Massie. (*Arch. méd. milit.*, sept., p. 205.) — Sur l'écorce et les graines de l'holarrhena antidysenterica, écorce de Conessie, par Blondel. (*Journ. de pharm.*, 1er nov.) — Action antituberculeuse de l'iodoforme, par Bruns. (*Therap. Monats.*, n° 5.) — Sur le pouvoir antiseptique de l'iodoforme, par Bergonzini. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Les effets toxiques de l'iodoforme, 24 cas, par Taylor. (*Americ. dermat. Assoc.*, 31 août.) — De l'iodol comme succédané de l'iodoforme, par R. Norris Wolfenden. (*The Practitioner*, mai.) — De l'iodol en pansement, par Assaky. (*Cong. internat. Washington.*) — L'organisme humain décompose-t-il l'iodure de potassium? par G. Gaglio. (*Lo sperimentale*, juillet.) — Notes sur les mercuriaux comme antihydropiques, par Corradi. (*Ann. univ. di med.*, juillet.) — Le méthylal, par L. Jumon. (*France médicale*, 18 août.) — Le naphtol, par Ch. Allen. (*Tribune médicale*, 28 août.) — Du naphthalol, par Kobert. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Conservation des solutions de phosphates calciques par l'acide carbonique, par Jacquemaire. (*Lyon méd.*, 9 oct.) — Recherches sur l'action physiologique du nitrate de potasse et le mécanisme de cette action; par Mairet et Combemale. (*Montpellier médical*, mars.) — Un dernier mot sur le salol et le salinaphtol; de la dioxynaphtaline, par Lépine. (*Semaine méd.*, 3 août.) — Quelques expériences sur le salol, par Mossé et Hadjès. (*Gaz. hebd. de méd.*, 9 sept.) — De l'action antipyrétique de l'hydroquinone uni au salol, par Alivia. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 59.) — Les dangers de la santonine, par Albore. (*Incurabili*, n° 11.) — Sur l'esprit de savon, par Unna et Mielk. (*Monatst. f. prakt. Dermatol.*) — De la toxicité du fluorure de silicium, par Ch. Cameron. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 20, janv.) — Sur la solanine, par Geneuil. (*Bulletin de thérap.*, 30 mai.) — Sur le strophanthus hispidus, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 26 oct.) — Sur un nouveau ferrugineux, sulfate ammoniacoferreux, par Chicandard. (*Lyon méd.*, 4 sept.) — Recherches sur les effets biologiques de l'essence de tanaisie; de la rage tanacétique ou simili-rage, par Peyraud. (*Acad. des Sciences*, 26 sept.) — De la terpine, par Brugnatelli. (*Ann. univ. di med.*, août.) — Influence du chlorhydrate de tropine et du tropate de sodium sur les vaisseaux sanguins du chien, par Beyer. (*Med. News*, 27 août.) — Action de l'uréthane dans l'empoisonnement par la strychnine et par quelques autres poisons tétanisants, par Anrep. (*Arch. slaves de biol.*, III, 3.)

Pharynx. — Recherches sur les veines du pharynx, par Bimar et Lapeyre. (*Acad. des Sciences*, 31 oct.) — Les rapports de la pharyngite chronique avec l'inflammation intranasale et auriculaire, par Seiss. (*Med. News*, 22 oct.) — Pharyngomycosis bénigne, par Creswel Baber. (*Brighton and Sussex med. Soc.*, 6 oct.) — De la pharyngomycose leptothricea, par Chiari. (*Rev. de laryngol.*, oct.) — Sur un cas de pharyngomycose, par G. Ferré. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 juillet.) — Des névroses du pharynx, par Rethi. (*Internat. klin. Rundschau*, n° 35.) — Sécheresse de la gorge due à l'abus du thé, par J. Walker Downie. (*The Practitioner*, octobre.)

— Angiome du pharynx, par Wolfenden. (*Brit. med. Journ.*, 11 juin.) — Enorme fibrome de la cavité naso-pharyngienne, volume d'un cœur d'adulte, par Massei. (*Arch. di laringologia*, VII, 3.) — Tumeur sarcomateuse du pharynx nasal, extirpation, par Thomas. (*Australian med. Gaz.*, avril.)

Phlegmon. — Pathogénie et traitement des phlegmons diffus, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 9 sept.)

Physiologie. — Les émotions au point de vue physiologique, par C. Lange, traduction allemande, par H. Kurella. (*Leipzig.*) — Traité de physiologie, de Rud. Wagner, continué par Otto Funcke et A. Gruenhagen (7e édition. *Hambourg et Leipzig.*)

Pied. — Malformations et difformités du gros orteil, par T.-S. Ellis. (*Brit. med. journ.*, p. 1157, mars.) — De l'hypertrophie douloureuse du gros orteil chez les adolescents, par Howard Marsh. (*Brit. med. journ.*, p. 1156, mai.) — D'une déformation particulière des orteils désignée sous le nom d'orteil en marteau, par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 15 oct.)—Pied bot congénital bilatéral au plus haut degré, par Busachi. (*Rivista clinica di Bologna*, juillet.) — Du traitement chirurgical de l'orteil en marteau, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thérap.*, 14 juillet.) — Sur le pied plat valgus rachitique, par Perrotte. (*Thèse de Lyon*, n° 381.) — Résultats éloignés des opérations conservatrices du pied, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 493, 7 août.)

Pigment. — Sur la formation du pigment mélanique, par G. Pouchet. (*Soc. biol.*, 19 mars.)

Pityriasis. — Sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert, par Brocq (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 10.)

Placenta. — Note sur la dégénérescence fibro-graisseuse du placenta, par Lediberder. (*Union médicale*, 4 juin.) — Anatomie de l'infarctus blanc du placenta, par Otto Kuestner. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 2, p. 342.) — De l'état du segment inférieur de l'utérus en cas d'insertion vicieuse du placenta, par M. Hofmeier. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 septembre.) — Un cas compliqué de placenta prævia, par Brydon. (*Brit. med. journ.*, 19 nov.) — Relations entre l'implantation du placenta et l'infection du cordon, par Champneys. (*Brit. med. journ.*. p. 128, juillet.) — Cause de la rétention des membranes et du placenta, par Schrader. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 octobre.) — Du traitement de la rétention placentaire, par Reihlen. (*Arch. f. Gynaek.*, XXXI, 1.)

Plèvre. — Du rôle des microorganismes dans l'étiologie de la pleurésie et de la péricardite, par Netagyrow. (*Jejed. klin. Gac.*, n° 25.) — Pleurésies observées à l'hôpital Saint-Antoine en 1886, par Legrand. (*Arch. de méd.*, sept.) — Des oscillations de la pression intrapleurale dans les pleurésies et pendant la thoracentèse, par Cantalamessa. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, 1, 2.) — Les phénomènes de mouvement, des épanchements pleurétiques, par Gerhardt. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juillet 1886.) — Deux observations de pleurésie aiguë primitive de nature tuberculeuse, par Lauth. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 oct.) — Diagnostic et traitement des épanchements pleurétiques, avec observations, par William F. Gibb. (*Glasgow medical Journal*, mai.) — De la pleurésie à frigore, par Baudisson. (*Gaz. des hôp.*, 13 sept.) — Pleurésie aiguë, épanchement considérable, indications et contre indications de la thoracentèse, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 27 oct.) — Observation de pleurésie à épanchement simple, terminée par une vomique pulmonaire, par Dujol. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Considérations sur la

thoracentèse, par WEDDINGEN. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, août.) — De la pleurésie infectieuse, par BOURDON. (*Thèse de Bordeaux*.) — Traitement chirurgical de la pleurésie séreuse, résection des côtes, par WESTBROOK. (*N. York med. journ.*, 12 mars.) — Statistique de 50 cas consécutifs d'empyème, par WARDROP GRIFFITH. (*Brit. med. journ.*, p. 831, avril.) — Deux cas d'empyème, par KNOPF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 497.) — Sur un cas de rétraction unilatérale de la cage thoracique avec remarques sur une nouvelle méthode de résorption des épanchements purulents de la plèvre, par LEWINSKI. (*Arch. f. pathol. Anat.*, IX, 1.) — Pleurésie purulente à marche chronique. Fistule pleuro-bronchique. Mode d'examen des maladies de poitrine, traitement, par JACCOUD. (*France médicale*, 2 juillet.) — Pleurésie purulente aiguë primitive, orthopnée le 4e jour, admission à l'hôpital, thoracentèse le 5e jour, empyème antiseptique un mois après le début des accidents, hémorragie pendant l'opération, suppression rapide de la suppuration, guérison, par ROBERT SINCLAIR. (*Glasgow medical Journal*, janvier.) — Traitement de la pleurésie purulente, par WIBIN. (Broch. Bruxelles.) — Pleurésie purulente guérie par ponction simple avec lavage boriqué simultané, par KRÖNIG. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Deux cas d'empyème avec résections costales, par CORNAZ. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 346, juin.) — Abcès sous-phrénique guéri par l'empyème avec résection costale, par N. MONASTYRSKI. (*St-Peterb. med. Woch.*, n° 7.) — Opération d'Estlander modifiée avec thoracoplastie, par NOTA, de Turin. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Opération de Létiévant-Estlander, par JOURDAN. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — Leçon sur le traitement de l'empyème, par JAMES GOODHART. (*Brit. med. journ.*, p. 1203, juin.) — Pleurésie purulente droite. Thoracotomie avec résection costale. Pneumonie gauche. Epanchements intra-articulaires. Guérison, par MORF. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 septembre.) — Note sur un cas de cancer primitif de la plèvre et du péricarde, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 juillet.) — Tumeur maligne costopleurale, résection de la plèvre et de deux côtes, guérison par première intention, par DESGUIN. (*Bull. de la soc. d'Anvers*, août.)

Poumon. — De la résorption par les poumons, par J. HAGEMANN. (*Dissert. Bonn*, 1886.) — Rôle des influences météorologiques dans l'étiologie de la pneumonie franche, par WAIBEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 septembre.) — Influences météorologiques et pneumonies, par A. SEIBERT. (*Ibid.*, 24 octobre.) — Etiologie et pathogénie de la pneumonie fibrineuse, par A. SERAFINI. (*Rivista intern. di med. e chir.*, 1886, n° 7.) — La pneumonie peut-elle être le résultat d'un traumatisme ? par STURGES. (*Lancet*, 24 avril 1886.) — Pneumonie congestive et pneumonie franche ; broncho-pneumonie double, bronchite capillaire, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 15 nov.) — Le diagnostic différentiel de la broncho-pneumonie et de la pneumonie congestive, par POTAIN. (*Rev. de clin. et thér.*, 17 nov.) — Sur la pneumonie aiguë, par JACCOUD. (*France médicale*, 7 mai.) — Note sur la pneumonie, par TOMMASI. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — Du son tympanique et du râle crépitant dans la pneumonie, par VITOUX. (*Thèse de Nancy*.) — Fréquence du râle crépitant dans la pneumonie et sa valeur, par VITOUX. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.) — Statistique de la pneumonie envisagée au point de vue du délire et de la température, par ANGEL MONEY. (*Medico-chir. Trans.*, LI, p. 527.) — Des températures basses dans la pneumonie, par LEMOINE. (*Province méd.*, 8 oct.) — La pneumonie, suivant les diverses régions du Canada, par GEIKE. (*Cong. internat. Washington*.) — Une épidémie de pneumonie, par FOULIS. (*Brit. med. journ.*, p. 203, janv.) — Idem, par J. ADAM. (*Ibid.*, p. 202, janv.) — Fièvre pernicieuse, par MANDILLON. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 août.) — Epidémie

de pneumonie, par FAULKNER. (*Indian med. Gaz.*, n° 4, p. 98.) — Une nouvelle forme de pneumonie infectieuse, par CANTANI. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Observation de pleuro-pneumonie ataxique, par PONS-SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 24 sept.) — Un cas de pneumonie consécutive à une blessure de tête, par FALK. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, p. 292, octobre.) — Recherches anatomiques sur le mode de production de l'emphysème pulmonaire, par CONRAD KLAESE. (*Thèse Zurich*, 1886.) — Forme rare de consomption pulmonaire, par MAYS. (*Med. News*, 6 août.) — Faits de pneumothorax survenus brusquement en pleine santé apparente et suivis de guérison, par HAVILLAND HALL. (*Brit. med. journ.*, p. 618, mars.) — Pneumothorax simple sans épanchement liquide; guérison en 4 semaines, par L. GALLIARD. (*France médicale*, 15 novembre.) — Plaie par arme à feu de l'épaule et de la poitrine. Pneumothorax ; fracture comminutive du sternum ; guérison avec paralysie atrophique du bras due à la lésion du plexus nerveux, par H. DE MONTMOLLIN. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 342, juin.) — Sarcome secondaire du poumon, différant de la forme élémentaire de la tumeur primitive, par ARNALDO VITI. (*Boll. delle soc. dei cultori delle scienze mediche*, IV.) — Lymphomes des poumons, par RIBBERT. (*Arch. f. path. Anat.*, CII, 3, p. 452.) — Etude sur le traitement local rationnel des maladies de l'appareil respiratoire, par SCHREIBER, (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 2.) — De la ventilation pulmonaire chez les sujets sains, par B. GRAZIADEI. (*Gaz. degli ospit.*, 1886, n°s 89 et 90.) — Traitement local des affections de l'appareil broncho-pulmonaire, par WESTBROOK. (*Med. News*. 30 juillet.) — Sur la nature et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë, par OFFRET. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement chirurgical des affections pulmonaires, par RUNEBERG. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — De la pneumotomie, par FOUBERT. (*Arch. de méd.*, octobre.) — De la pneumotomie, par GUERMONPREZ. (*Acad. de méd.*, 30 août.) — Du traitement chirurgical des abcès du poumon, par H. QUINCKE. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mai.) — Caverne pulmonaire à la base du poumon droit, pleurésie droite, absence des bacilles dans les crachats. Pneumotomie, mort, tuberculose pulmonaire, par SÉZARY et VINCENT. (*Revue de médecine*, 10 août.)

Prostate. — Prostate volumineuse, calculs vésicaux, libres et enkystés, cathétérisme pendant des années, sonde passée par une saillie sous-pubienne, bon état, par THOMPSON. (*London clin. Soc.*, 11 nov.) — Emploi de la sonde galvanocaustique dans l'hypertrophie de la prostate, par NEWMANN. (*Cong. internat. Washington.*) — Traitement de l'hypertrophie prostatique par les injections iodées, par ROSE et par LUECKE. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — Prostatectomie sus-pubienne, par M'GILL. (*London clin. Soc.*, 11 nov.)

Psoriasis. — Etudes sur le psoriasis, par CAMPANA. (*Congrès de Pavie*, sept.)

Psychologie. — Le mécanisme de la mimique, par MEYNERT. (*Rev. scientif.*, 29 oct.) — Nos tempéraments : ce qu'ils sont et ce qu'ils nous apprennent. Esquisse à l'usage de la foule, par STEWART. (Londres.) — La mesure des actes psychiques, par SERGI. (*Rev. scientif.*, 8 oct.) — Le caractère dans la santé et la maladie, par AZAM. (In-8° Paris.)

Psychose. — La stupeur mélancolique, par CLEMENS NEISSER. (Stuttgart.) — Des hallucinations rétroactives provoquées sans hypnotisme et des faux témoignages, par BERNHEIM. (*Revue de l'hypn.*, juillet.)

Puerpéral (Etat). — L'épidémie de fièvre puerpérale de la commune de Stigliano et l'acide thymique, par AMOROSI. (*Incurabili*, n° 11.) — Etiologie

de la fièvre puerpérale, par Alfred Lewis Galabin. (*Brit. med. journ.*, p. 919, avril.) — Un facteur de la fièvre puerpérale, par Earle. (*Chicago gyn. Soc.*, 27 mai.) — Erysipèle et fièvre puerpérale, par A. Maclaren. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 20 août, p. 231.) — Remarques sur les diverses formes de la fièvre puerpérale, par Herrlich. (*Charité Annalen*, p. 221, 1886.) — Endométrite puerpérale, par W. Jaggard. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 21 mai, p. 576.) — Pyosalpingite dans ses rapports avec la fièvre puerpérale, par Baldy. (*Philad. obst. Soc.*, 7 avril.) — Septicémie puerpérale virulente, par Hirst. (*Philad. obst. Soc.*, 7 avril.) — Péritonite comme métastase d'un rhumatisme articulaire aigu dans l'état puerpéral, par Alsdorf. (*Americ. journ. of obstet.*, oct.) — Des psychoses puerpérales, par Dörschlag. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1886.) — Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale, par Madden. (*Cong. internat. Washington.*) — Fièvre puerpérale et son traitement, par Hoag. (*Americ. journ. of Obst.*, août.) — Addition à l'article sur les injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, par Edouard Apolant. (*Arch. f. pathol. An. u. Phys.*, VII, H. 1, p. 185.) — Indications et méthode du lavage de l'utérus puerpéral, par Holliday Croom. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Le traitement général de la septicémie puerpérale, par Runge. (*Arch. f. Gynaek.*, XXX, 1.)

Purpura. — Un cas de purpura hémorragique, étiologie et pathogénie du purpura idiopathique, par Casaretti. (*La riforma med.*, 3 oct.) — Observations de deux cas de purpura hémorragique, suivis de gangrène, par Martin de Gimard. (*France médicale*, 3, 5, 8 et 10 novembre.)

Putréfaction. — La question de l'intoxication putride, par Kossotorow. (*Wratsch.* n° 36.) — Sur les maladies causées par les microorganismes du genre proteus. Contribution à l'étude de l'intoxication putride, par Foa et Bonome. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 3.)

Q

Quinine. — Action de la quinine chez l'homme en état de santé, par Schulz. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 1.) — Recherches expérimentales sur quelques propriétés physiques des sels médicinaux de quinine, par Regnauld et Villejean. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 janvier.)

R

Rachis.— Sur la persistance de vestiges médullaires coccygiens pendant toute la période fœtale chez l'homme, et sur le rôle de ces vestiges dans la production des tumeurs sacro-coxygiennes congénitales, par Tourneux et Hermann. (*Journ. de l'anat. et phys.*, sept.-oct.) — Formation d'une queue chez l'homme, par H.-W. Freund. (*Arch. f. pathol. An. u. Phys.*, CIV, H. 3, p. 531.) — Un nouveau cas d'homme à queue, par Carl Hennig et Auguste Rauber. (*Ibid.*, CV, H. 1, p. 83.) — Maladies chirurgicales déterminées par la station verticale, par Albrecht. (*XVIe Cong. des Chir. allemands.*) — Mal de Pott, par Grancher. (*Gaz. des hôp.*, 20 sept.) —

Affections malignes de la colonne vertébrale, par Amidon. (*N. York med. Journ.*, 26 fév.) — Coup de feu du rachis, par Hartington. (*Sacramento med. Times*, 7, p. 252.) — Contusion du rachis ; paraplégie ; mort, par B. Lewis. (*Saint-Louis med. journ.*, juillet.) — Un cas de carie vertébrale tuberculeuse avec myélite transverse, par Sgobbo. (*Giorn. med. d. esercito ital.*, avril.)

Rachitisme. — Facteur étiologique important de la courbure des os dans le rachitisme et l'ostéite déformante, par Arbuthnot Lane. (*Journ. of Anat.*, oct.) — Des rapports du rachitisme avec la syphilis, par Cazin et Iscovesco. (*Arch. de méd.*, sept.) — Des névroses comme conséquence tardive du rachitisme, par J.-A. Coutts. (*Brit. med. Journ.*, p. 1209, juin.) — Un cas extrême de déformation rachitique, par Alexander Brandt. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 3, p. 540.) — Traitement du rachitisme par le phosphore, par T. Escherich. (*Münch. med. Woch.*, n° 1.) — Le traitement du rachitisme par le phosphore, par Tedeschi. (*Incurabili*, n° 11.) — Traitement du rachitisme par le phosphore, par Melichar. (*Med. chir. Centralbl.*, n° 16.)

Rage. — La rage, nature, cause et traitement, par Alliot. (In-12, 60 p., *Paris.*) — La statistique de la rage en France, par A.-J. Martin. (*Revue d'hyg.*, IX, 748, sept.) — Sur les prétendues statistiques de la rage, par Gamaleia. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.) — La rage dans le département de la Loire en 1886, par Labully. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Expériences sur la rage et sa prophylaxie, par A.-v. Frisch. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences de Vienne*, vol. XXVII.)—De la rage, par Cantani. (*Giorn. int. delle sc. med.*, p. 177.) — Récents travaux sur la rage, par Le Gendre. (*Union méd.*, 25 juin.) — Des progrès accomplis sur la question de la rage et de la part qui en revient à la théorie nerveuse, par Duboué. (*Broch. Paris.*) — Sur la transmission de la rage par la voie nerveuse, par Di Vestea. (*Congrès de Pavie*, sept.)—Recherches histologiques sur la rage, par Gianturio. (*Ibid.*) — Examen bactériologique du sang des mordus comme base rationnelle du traitement Pasteur, par Bareggi. (*Ibid.*) — Expériences sur le traitement Pasteur, par Gasparetti. (*Ibid.*)— Le ralentissement de la respiration est le premier phénomène de l'infection rabique chez le lapin inoculé, par G. Ferré. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 août.) — Un cas de rage humaine, par Phelippot et Rivals. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 juillet.) — Observation de rage chez un garçon de 15 ans, par Freeman. (*Brit. med. Journ.*, p. 989, mai.) —Du curare contre la rage, par Zvorykin. (*Ejened. klin. Gazeta*, n° 37, 1886.) — De l'action préventive de l'hydrate de chloral contre la rage tanacétique ou simili-rage et contre la vraie rage, par Peyraud. (*Acad. des sciences*, 24 oct.)— Vaccination contre la rage par l'essence de tanaisie, par Peyraud. (*Ibid.*, 21 nov.) — La vaccination contre la rage, par Chamberland, Ullmann, von Frisch, Metschnikoff, de Renzi. (*Revue d'hyg.*, IX, 902, oct.) — Statistique du traitement antirabique à Varsovie, par Odo Bujwid. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.) — Accidents nerveux chez un individu mordu par un chat, par Ladame. (*Bull. méd.*, 4 sept.) — Mort de rage chez un sujet inoculé par la méthode Pasteur, par Bennett. (*Brit. med. Journ.*, 29 oct.)

Rate. — Un cas de pseudo-leucémie splénique, par Potain. (*Semaine méd.*, 14 sept.) — Le fluorure d'ammonium et le fer dans l'hypertrophie de la rate, par John Lucas. (*The Practitioner*, juin.) — Abcès de la rate ouvert dans le poumon gauche ; ouverture ; guérison, par Chowdhoory. (*Brit. med. journ.*, 12 nov.) — Sur les injections de quinine, dans les tumeurs de la rate d'origine paludique, inefficacité, par d'Alocco. (*Riv. clin. e.*

therap., juin.) — Rate flottante ; splénectomie ; guérison; femme de 29 ans, par Mac Cann. (*Med. News*, 13 août.) — Effets de l'extirpation de la rate chez l'homme, par Ceci. (*Congrès de Pavie*, sept.)

Rectum. — Le rectum et l'anus ; leurs maladies et leur traitement, par C. Ball. (*Dublin.*) — Maladies du rectum et de l'anus, par Fr. Esmarch. (*Stuttgart.*) — Polype villeux du rectum, par Sheild. (*London path. Soc.*, 18 oct.) — Quelques formes rares de fistules rectales, par F. Swinford Edwards. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet.)—De l'ulcère rongeant du rectum, par Norton. (*Congrès intern. Washington.*) — De la résection du rectum, par Bardenheuer. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 298.) — Tumeur du rectum ; cancer mélanique ; mort de généralisation, par Mollière. (*Lyon méd.*, p. 353, 13 nov.) — Extirpation d'un cancer du rectum par la méthode de Kraske, par Hochenegg. (*Wien. med. Presse*, n° 24, p. 850). — Extirpation d'un cancer du rectum ; récidive six mois plus tard ; anus artificiel avec survie de huit mois, par Baumgaertner. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 octobre.)

Réflexe. — Des réflexes tendineux, par Mérigot de Treigny. (*Rev. gén. de clin.*, 18 août.) — Séméiologie des symptômes réflexes dans les maladies, par Depied. (*Thèse de Bordeaux.*) — La signification et la valeur du réflexe tendineux, par Buzzard. (*Harveian Soc. of London*, 3 nov.) — Malade présentant à la fois une absence des réflexes rotuliens, avec clonus du pied et contraction paradoxale, par Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 juillet.)

Rein. — Histologie des canalicules contournés, par Kruse. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 1.) — Anatomie des capsules surrénales, par Stilling. (*Ibid.*, CIX, 2.) — Recherches expérimentales sur la régénération partielle du rein, par di Mattei. (*Arch. per le sc. med.*, vol. X, n° 20.) — Recherches expérimentales sur la physio-pathologie du rein, par Boccardi et Malerba. (*La Riforma med.*, 9 sept.) — Recherches sur la physio-pathologie de la capsule surrénale, par Tizzoni. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Anatomie pathologique des capsules surrénales, par May. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CVIII, 3.) — Action de certains médicaments sur la circulation et la sécrétion du rein, par Phillips et Bradford. (*Journ. of physiol.*, VIII, 3 et 4.)— Action de l'acétone et de l'acide acétacétique sur les reins, par Albertoni et Pisenti. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Les affections du rein chez l'enfant, par Richard Frey. (*Thèse de Zurich*, 1886.) — Relations entre les maladies des reins et les affections oculaires, par Fuerst. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Du poids spécifique de l'urine et de ses relations avec les maladies organiques des reins, par Ch. Purdy. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 325, 10 sept.) — Anatomie pathologique des corps de Malpighi du rein, par Hausemann. (*Arch. f. path. Anat.*, CX, 1.) — Des accidents cérébraux localisés dans les affections rénales (hémiplégie et hémiépilepsie dites urémiques), par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 oct.) — De l'induration cyanotique des reins, par L. Puricelli. (*Diss. inaug. Munich*, 1886.) — Anurie dans le mal de Bright, urémie à forme gastrique, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 16 nov.) — Deux cas de néphrite diffuse sans albuminurie, par Naunyn. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 sept.) — Des hématuries au cours de la néphrite interstitielle, surtout chez les prostatiques, par Anthony Bowlby. (*Brit. med. Journ.*, p. 511, mars.) — Néphrite granuleuse atrophique, trois ans après une néphrite scarlatineuse, par Leyden. (*Berl. klin. Woch.*, 4 juillet.) — Traitement des néphrites en général, par Labadie-Lagrave. (*Bullet. méd.*, 7 sept.) — Pyélite calculeuse; néphrite albumineuse persistante, par John William Moore. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 531, juin.) — De la néphralgie simulant la colique rénale, par A. Malécot. (*France médicale*, 25 octobre.) — Abcès périnéphrétique ; incision ;

guérison, par WINGATE. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 622, 4 juin.) — Rein unique chez un tuberculeux, par CARRIEU. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 15.) — Un cas de tumeur de chaque capsule surrénale ayant évolué d'une façon absolument latente, avec néphrite concomittante ; altérations de l'appareil circulatoire et rétinite, par FÉLIX FRAENKEL. (*Ibid.*, CIII, H. 2, p. 244.) — Tumeur mixte des reins (chondromyo-sarcome), par A.-W. HOISHOLT. (*Ibid.*, CIV, H. 1, p. 118.)— Myosarcome à fibres striées dans le bassinet et l'uretère, par RIBBERT. (*Ibid.*, CVI, H. 2, p. 282.)— Les maladies chirurgicales de l'uretère, son exploration, par HALLÉ. (*Gaz. des hôp.*, 17 sept.) — Calculs des uretères, par SARGAM. (*Thèse de Bordeaux.*) — Diagnostic d'un calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche, uretérotomie par le rectum, extraction du calcul, par CECI. (*La Riforma med.*, 5 sept.)— Contribution à la chirurgie rénale, par W. KL. VON MURALT. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.) — Diagnostic et traitement des affections du rein justiciable de l'intervention chirurgicale, par W. BRUCE CLARKE. (1 vol. de 176 p., *Londres*, 1886.) — De la percussion des reins, par W. ZUELZER. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mai.) — Traitement chirurgical de l'affection calculeuse chez la femme, par GAUTHIER. (*Thèse de Lyon*, n° 369.) —Rein mobile douloureux, néphrorraphie, par TURGARD. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Trois cas d'exploration digitale du rein, par W. BELFIELD. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 523, 7 mai.) — Trois cas de laparo-néphrotomie, par MACLEAN. (*Congrès internat. Washington.*) — De la néphrotomie pour calculs, par VON BERGMANN, CZERNY et HANS SCHMIDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) — Néphrectomie, par WYETH. (*N. York surg. soc.*, 12 oct.) — Néphrotomie et néphrectomie, par HENRY E. CLARK. (*Glasgow medical Journal*, mai.) — De la néphrectomie, par PONCET. (*Province méd.*, 3 sept.)

Résection. — Résultats obtenus par différents antiseptiques dans différents genres de résection, par JOSEPH COLLON. (*Thèse de Berne*, 1886.) — Importance de la résection des articulations tuberculeuses pour la généralisation de la tuberculose, par THEODOR WARTMANN. (*Ibid.*, 1886.) — Excision de la clavicule en totalité pour un cancer central, par J. SLOAN. (*Am. Journ. of the med. sc.*, avril.) — Contribution à l'étude des résections de l'épaule, par E. BŒCKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er août.) — Deux observations de résection sous-périostée du coude, par PAMARD. (*Ass. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Résection des deux coudes, par SWAIN. (*Brit. med. journ.*, p. 1275, juin.) — Deux coxalgies tuberculeuses suppurées, guéries par la résection de la hanche, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 13 sept.) — Résection coxo-fémorale pour une luxation congénitale chez une fille de 14 ans, par H. SCHUESSLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mai.)—Traitement des déformations du membre inférieur consécutives à la résection du genou, par W. VON MURALT. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 1er nov.) — Des éléments de succès dans la résection du genou, par W. THORNLEY STOKER. (*Brit. med. journ.*, p. 721, avril.) — Résection du genou, par MORTON. (*Philad. Acad. of surgery*, 3 oct.) — Simplification du traitement de la résection du genou, par OLLIER. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Résection du genou d'après le procédé d'Ollier et Allingham (incision longitudinale traversant la rotule), par ROUX. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 544.) — Les nouveaux procédés de résection tibio-tarsienne, par HEYDENBEICH. (*Semaine méd.*, 24 août.)

Respiration. — La régulation de la chaleur par la respiration, par RICHET. (*Rev. scientif.*, 22 oct.)— Echanges gazeux pulmonaires dans la respiration de l'homme ; variations de l'azote, par JOLYET, BERGONIÉ et SIGALAS. (*Acad. des sciences*, 17 oct.) —Influence de la lumière mono-chromatique

sur l'exhalation de l'acide carbonique, par Fubini et Spalleta. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 3.) — Des conditions de la polypnée thermique, par Ch. Richet. (*Acad. des sciences*, 8 août.) — Du centre respiratoire, par Kronecker. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er août.) — Expiration active et inspiration passive, par Aducco. (*Arch. Ital. de Biol.*, mai.) — De l'influence de certains médicaments sur la respiration de Cheyne-Stokes, par G.-A. Gibson. (*The Practitioner*, février, p. 851.) — De la respiration et de la circulation cardiaque provoquées artificiellement, par Kraske. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.)

Rétine. — Anatomie de la rétine, par Tartuferi. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Recherches sur la structure de la rétine, par Borysiekiewicz. (*Wien.*) — Mode d'activité de la rétine pendant la vision, par Emmert. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er sept.) — Appréciation du temps par la rétine, par Bloch. (*Soc. de biologie*, 18 juin.) — Renversement de l'image sur la rétine, par Sankey. (*British med. Journal*, 21 mai.) — Traitement du décollement de la rétine, par Gouvea. (*Arch. opht. di Lisboa*, n° 1.) — L'ésérine contre le décollement de la rétine, par Guaita. (*Ann. d'oculist.*, juillet-août.) — Sur la pathogénie du décollement de la rétine et son traitement par l'iridectomie, par Puech. (*Thèse de Bordeaux.*) — Rétinite pigmentaire traitée par l'électricité, par Standish. (*Americ. opht. Soc.*, 20 juillet.) — Rétinite pigmentaire anormale avec nyctalopie, par Coroenne. — Rétinite pigmentaire héréditaire, par Daguilhon. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, avril-juin.) — Hémorragies rétiniennes, par Auscher. (*Ibid.*, avril-juin.) — Hémorragie rétinienne traumatique ; déchirure verticale de la choroïde passant par la macula, par Coroenne. (*Ibid.*, avril-juin.) — Hémorragie rétinienne avec développement de vaisseaux dans le corps vitré, par Theobald. (*Americ. opht. soc.*, 20 juillet.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine, par Harlan. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Gliome et pseudo-gliome, par Noyes. (*Americ. opht. soc.*, 20 juillet.)

Rhumatisme. — De l'hygiène des arthritiques, par Renault. (*Rev. de clin. et thér.*, 11 août.) — Sur un cas de nodosités rhumatismales sans rhumatisme articulaire, par Gilly. (*Marseille méd.*, 30 sept.) — Evolution du rhumatisme aïgu sur différents organes internes, par Lagout. (*Union médicale*, 6 avril.) — Note relative à des troubles trophiques exceptionnels d'origine rhumatismale, par Renault. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 juin.) — Note nouvelle sur l'hémi-rhumatisme et observations, par Cazalis. (*Union médicale*, 21 juin.) — Du grand cœur rhumatismal, par Duroziez. (*Ibid.*, 13 avril.) — Du traumatisme et du rhumatisme, par Ripoteau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Observation sur le traitement salicylique du rhumatisme, par Alfred Carter. (*Brit. med. journ.*, p. 1380, juin.) — Rhumatisme hyperpyrétique ; guérison par les bains froids, par Carrington. (*Brit. med. journ.*, p. 510, mars.) — De l'antipyrine dans le rhumatisme, par N.-S. Davis. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 13, 2 juillet.)

Roséole. — Etude générale sur les roséoles, par Morel-Lavallée. (*Gaz. des hôp.*, 20 août.)

Rougeole. — Sur une épidémie de rougeole, par Louis. (*Thèse de Nancy.*) — De l'épidémie de rougeole de Poitiers (1886-87) ; de ses complications cérébrales, de ses rapports avec la suette miliaire, par Chédevergne. (*Rev. de clin. et thér.*, 3 nov.) — De l'immunité contre la rougeole et la scarlatine, par Enko. (*Wratsch*, n° 38.) — Streptocoque dans la broncho-pneumonie morbilleuse, par Guarnieri. (*Bull. Accad. med. di Roma*, n° 6.)

S

Salive. — De la réaction normale de la salive humaine, par Alessi et Dotto. (*L'Ateneo med.*, juillet.)—Etude de la salive pathologique, par Salkowski. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 2.) — Action du système nerveux sur la production de la salive, par Judée. (*Acad. des sc.*, 7 nov.)— Trois cas de calculs salivaires, par H. Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 août.) — Calculs salivaires, par Boucher. (*Arch. ital. di laryng.*, octobre.)— Calcul salivaire, par A. Murset. (*Corresp.-Bl. f. sch. Aerzte*, 1er septembre.)

Sang. — Sur la structure des globules rouges du sang, par Foa. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Sur les hématocytes, par Fokker. (*Acad. des sciences*, 16 août.) — Sur un nouveau sérum artificiel destiné à la dilution du sang pour la numération des globules, par Mayet. (*Ibid.*, 14 nov.) — De la transformation des globules rouges en leucocytes et de leur nécrobiose dans la coagulation et la suppuration, par A. Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 3.) — Action des ferments diastasiques sur la coagulation du sang, par G. Salvioli. (*Arch. per le sc. med.*, vol. IX, fasc. 4.) — De l'alcalescence du sang dans les maladies, par Jaksch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) —De l'influence des basses températures sur la couleur du sang, par Falk. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, XLVII, p. 76, juillet.) — De la résistance des globules rouges à divers agents physiques et chimiques, par E. Maragliano. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 oct.) — Sur un nouveau procédé de recherche médico-légale du sang, par Ferry de la Bellone. (*Assoc. franç.* congrès de Toulouse.) —De la recherche du sang dans les cas d'expertises médico-légales, par E. Lacour. (*Arch. méd. milit.*, vol. X, p. 253 et 353.) — D'un complément à l'hémoglobinomètre de Gowers, par H. Sahli. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 mai.)—De la distribution du sang des vaisseaux pulmonaires à l'état de santé et de maladie, par Mordhorst. (*Deut. med. Woch.*, n° 29, p. 642.) — Des variations de l'alcalinité du sang veineux dans quelques maladies, par Mya et Tassinari. (*Arch. per le sc. med.*, vol. IX, n° 20.) — Recherches sur les modifications du sang dans la grossesse, par Meyer. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXI, 1.)— Altérations de dégénérescence et altérations paludiques des globules rouges, par Cattano et Monti. (*Congrès de Pavie*, sept.) — De la valeur thérapeutique de la saignée, par J. Macdougall. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet.)

Sarcome. — De la sarcomatose cutanée, par Campana. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Vaisseaux lymphatiques des sarcomes, par G. Pacinotti. (*Sperimentale*, août 1886.) — Destruction d'une portion de l'artère axillaire par un sarcome, par W. Savory. (*Medico-chir. Trans.*, LI, p.157.)— Sarcome myélogène de la diaphyse du fémur, par Arnaldo Viti. (*Boll. della soc. dei cultori delle s. mediche*, IV, 1886.)—Sarcomes de la clavicule et du rachis avec métastases hépatique et rénale, par Helferich. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Sarcome généralisé de l'aisselle, par E. Hamilton. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 550, juin.) — Sarcome du pli du coude, ablation, résection de l'artère humérale et du nerf médian, par Renaud. (*Journ. des sc. méd.*, *Lille*, 23 sept.)

Saturnisme. — Sur les paralysies saturnines, par Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 juillet.) — Intoxication saturnine chronique, instructions sur les mesures prophylactiques, par Alexander Scott. (*Glasgow med. journ.*,

juillet.) — Relation de quelques cas d'intoxication saturnine consécutive à l'ingestion d'eau de citerne, par W. Thomas. (*Brit. med. journ.*, p. 349, août.)

Scarlatine. — Les microbes de la scarlatine, par Blanche Edwards. (*Progrès médical*, 13 août.)—Recherches sur l'origine bovine de la scarlatine, contagion de la vache à l'enfant, par Picheney. (*Acad. des sc.*, 17 oct.) — Discussion sur la scarlatine. (*Edinburgh med. chir. soc.*, 5 oct.)—Nature diphtéritique de l'angine exsudative infectieuse de la scarlatine, par Jessner. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mai.) — De l'albuminurie dans la scarlatine, par Potain. (*Semaine médicale*, 2 nov.)

Sclérotique. — Staphylomes latéraux de la sclérotique, par Bassères. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juillet.)

Scrofule. — Scrofulide du pied, par Blum. (*Arch. de méd.*, nov.) — Scrofulides végétantes du bras et de la main, par Condamin. (*Lyon méd.*, p. 354, 13 novembre.)

Seigle. — Sur l'influence du seigle ergoté sur les phénomènes de l'état puerpéral, par Pinzani. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.)

Septicémie. — Un cas de septicémie gazeuse, par H.-C. Dalton. (*Journ. of amer. assoc.*, p. 410, 24 sept.) — Une indication de la sepsie, par Diday. (*Lyon médical*, 2 oct.) — De l'infection putride, par Foa et Bonome. (*Cong. de Pavie*, sept.)

Serpent. — Expériences sur l'inoculation préventive du venin du serpent à sonnettes, par Sewall. (*Journ. of Physiol.*, VIII, 3 et 4.)

Spina bifida. — Recherches sur le spina bifida, par F.-V. Recklinghausen. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CV, H. 2, p. 243 et H. 3, p. 373.) — Du mal perforant lié à certaines formes de spina bifida latent ou sans tumeur, par Kirmisson. [*Bull. médical*, 7 sept.) — Observation de spina bifida ; guérison obtenue par une nouvelle méthode après la rupture du sac, par James F. Davidson. (*Glasgow medical journ.*, fév.) — Du traitement curatif du spina bifida, par Heydenreich. (*Semaine médicale*, 9 nov.)

Strabisme. — Méthode simple d'opération pour le strabisme convergent, par Richard Williams. (*Brit. med. journ.*, p. 874, avril.) — Strabisme convergent hypermétropique, par Truc. (*Montpellier médical*, 1er sept.)

Suette. — Suette miliaire du Poitou, en 1887, par Brouardel. (*Arch. de méd.*, nov.) — Un cas de suette miliaire observé à Limoges, par Bleyme. (*Journ. soc. méd. de la Haute-Vienne*, sept.) — Cas de suette miliaire observés dans les environs de Limoges, par Boullard. (*Ibid.*)

Sueur. — Sur un cas de chromhydrose ou sueurs jaunes, par Pintaud-Désallées. (*Poitou méd.*, 1er sept.) — Sur un cas de chromhydrose rose, par André. (*Assoc. franç., Congrès de Toulouse.*) — De l'osmidrose subjective (sueurs fétides imaginaires), par A.-W. Foot. (*Dublin journ. of med. sc.* p. 57, janv.) — Hyperhydrose à la région dorsale de la main et de l'avant-bras, par Alpago Novello. (*Riv. veneta d. sc. med.*, juillet.)

Suppuration. — De l'importance de la cadavérine dans la production de la suppuration, par Grawitz. (*Arch. f. path. Anat.*, CX, 1.) — Des corps qui facilitent ou entravent la suppuration, par C. Binz. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 545. — Pathogénie de la suppuration métastatique, par Rinne. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 oct.)

Surdi-mutité. — Examen de 15 sourds-muets avec l'otophone de Maloney, par Burnett. (*Amer. otol. soc.*, 19 juillet.)

Syphilis. — Théorie de la syphilis héréditaire, par Vallas. (*Province méd.*, 27 août.) — Histoire d'un cas de syphilis héréditaire tardive, 19 ans, par Mannino. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Contribution à l'histoire clinique de la syphilis, par Gradle. (*Journ. of amer. assoc.*, 11 et 18 juin.) — Syphilis héréditaire tardive, par Page. (*Brit. med. journ*,, p. 878, avril.) — Observation de syphilis héréditaire, par Edm. Owen. (*Ibid.*, p. 678, mars.) — Contribution à l'étude clinique de la syphilis héréditaire tardive, par Cortella. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, juillet-août.) — De la syphilis héréditaire, par Barduzzi. (*Ibid.*, fasc. 3.)—Quelques cas de syphilide observés à l'hôpital de Brest, par Salaun. (*Thèse de Bordeaux.*) — Streptococcus et bacilles de la syphilis héréditaire, par Doutrelepont. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 13.) — Bacilles de la syphilis et du smegma, avec remarques sur les réactions colorées des bacilles du smegma et de la tuberculose, par Heinrich Bitter. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVI, H. 2, p. 209.) — Syphilis acquise chez des sujets porteurs de stigmates de syphilis héréditaire, par Tavernier. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8 et 9.) — Nourrices et nourrissons syphilitiques, par Morel-Lavallée. (*Union médicale*, 2 juillet.) — Contagion syphilitique introduite dans une famille par une nourrice, épidémie de famille, 7 victimes, par Fournier. (*Gaz. hebdom.*, 11 nov.) — Nature du contage syphilitique, état actuel du traitement de la syphilis. (*La Riforma med.*, 15 sept.) — Contribution à l'étude de l'accident primitif de la syphilis, par Marguiner. (*Monats. f. prakt. Dermat.* VI) — Un cas de chancre syphilitique de l'amygdale, par Josef Rabitsch. (*Berlin. klin. Woc.*, 25 avril.) — Syphilis et traumatisme, par Thomann. (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, n° 54.) — Les dents dans la syphilis héréditaire, par Hutchinson. (*Harveian soc. of London*, 3 nov.) —États morbides, suites de syphilis non syphilitiques, par Diday. (*Lyon médical*, p. 125, 24 juillet.)— Pigmentation chez les syphilitiques et spécialement de la syphilide pigmentaire primitive, par Salsotto. (*Gaz. med. di Torino*, avril et mai.) — Un cas de syphilis avec manifestations cutanées sur une partie du corps; incubation de 65 jours du virus syphilitique, fièvre typhoïde, par Falcone (*Giorn. ital. per le mal. vener.*, fasc. 3.) — Sur les syphilides papulo-squameuses simulant le psoriasis vulgaire, par Séguy. (*Thèse de Bordeaux.*) — Trois cas de lichen syphilitique simulant le lichen ruber plan dans une même famille; présence de cellules géantes dans les éléments éruptifs, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 sept.) — D'une forme non encore décrite de syphilide cutanée, par Salsotto. (*Gior. ital. d. mal. ven.*, sept.-oct.) — Syphilis du système nerveux et son traitement, par Laudon Carter Gray. (*Med. News*, 9 juillet.)—Hémiplégie chez une enfant hérédo-syphilitique, par Marfan. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8 et 9.) — De la paraplégie précoce d'origine syphilitique, par Roux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hémianopsie, paralysie et atrophie d'une moitié de la langue chez un syphilitique, par Hughlings Jackson. (*Brit. med. journ.*, p. 729, avril.)— Un cas de gomme de la couche optique, par Wilh. Koenig. (*Arch. f. path. Ana. u. Physiol.*, CVII, H. 1, p. 191.) — Observations de lésions syphilitiques du système nerveux, par John Aikman. (*Glasgow med. journ.*, oct.) — Syphilome de la selle turcique accompagnée de stase papillaire, guérison complète, par Reuling. (*Arch. f. ophtalm.*, juin.) — La syphilis est-elle une cause de paralysie générale, par Vernet. (*Thèse de Nancy.*) — La syphilis en rapport avec le tabes dorsal, par Carmelo. (*Giorn. ital. per le mal. vener.*, fasc. 3.) — Deux cas de syphilis héréditaire tardive de l'œil, par Trousseau. (*Journ. de méd. de Paris*, 22 mai.) —De l'adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique, par Dufoure. (*Thèse de Bordeaux.*) — Syphilome du cœur,

mort subite, par Ashey. (*Manchester path. soc.*, 9 nov.) — Syphilis congénitale, gommes et cirrhose du foie, péritonite chronique, par Hale White. (*London path. soc.*, 15 nov.) — Des symptômes de la syphilis hépatique, par L. Peiser (*Centr. f. klin. Med.*, p. 504.) — Cirrhose syphilitique du foie chez un enfant, par Jenkins. (*Med. News*, 20 août.)—Syphilis vaccinale, par Fournier. (*Bull. méd.*, 18 sept.)—Syphilis acquise par chancre infectant de la région anale chez un jeune garçon, par Descroizilles. (*France médicale*, 16 juin.) — Diagnostic et pronostic du sarcocèle syphilitique, par Mauriac. (*Gaz. des hôpitaux*, 1er nov.) — Gommes du couturier, par Sardon. (*Ann. de dermat.*, n° 6.) — Sur un cas d'arthrite syphilitique secondaire, par Cheminade. (*Ibid.*, VIII, n° 10.) — Deux observations d'arthrite syphilitique secondaire, par Cayla. (*Ibid.*, n° 5.) — Les ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire, par Danjou. (*Thèse de Paris*, 16 nov.) — Syphilome chronique de la région métatarso-phalangienne, ictère, ulcération avec sphacèle de la tumeur, érysipèle intercurrent de la face, vésicatoire sur l'hypochondre droit, guérison, par Verneuil. (*Bull. médical*, 11 sept.) — Notes sur le traitement de la syphilis, par Maj. (*Gazz. med. ital. lomb.*, n° 32.) — Avortement de la syphilis par la cautérisation du chancre au cautère Paquelin après cocaïnisation, par Mannino. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Prophylaxie et thérapeutique de la syphilis congénitale tardive, par Rabl. (*Wiener med. Blätt.*, n° 33.) — Des méthodes modernes de traitement de la syphilis, par Morrow. (*New York Acad. of med.*, 6 oct.) — Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure dans le traitement de la syphilis, par Abadie. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 26 août.) — Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone ammonique mercurique, par Weill. (*Union médicale du Nord-Est*, sept.) — De l'action topique du mercure appliqué sous la peau dans le traitement de quelques manifestations syphilitiques, par Carmelo. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, sept.-oct. 1886.) — Sur le traitement de la syphilis par les injections de calomel, par Cénas. (*Loire médicale*, 15 juillet.) — Du traitement de la syphilis, par Vidal, Martineau, Hallopeau, Mauriac. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mai, 9 et 25 juin et 6 juillet.) — Le procédé antirabique de Pasteur appliqué au traitement de la syphilis, par Gamberini. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, mai 1886.) — Fistule salivaire traitée et guérie par le galvano-cautère, par George Buchanan. (*Glasgow medical journal*, février.)

T

Tabac. — Les effets nuisibles du tabac sur la gorge et sur le nez, par Coomes. (*Cong. internat. Washington.*)

Tænia. — Non-identité du cysticerque ladrique et du tænia solium, par Gavoy. (*Académie des sciences*, 31 octobre.) — Leçon sur le tænia, par A. Whynne Foot. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 409, mai.) — Tænia mediocanellata, par Wannebroucq. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Étude clinique et thérapeutique des tænias de l'homme, par Roux. (*Thèse de Lyon*, n° 377.) — Évacuation de 90 bothriocéphales en une seule fois par une fille de 21 ans, par Roux. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte* 15 août.)

Teigne. — Macules atrophiques ayant succédé à une pelade secondaire, par

Nivet. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 10.) — Pelade datant de l'enfance chez un homme de 31 ans, par Leo. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.) — Sur la question de la contagion de la pelade, par Thibierge. (*Ann. de dermat.*, VIII, n°s 8 et 9.) — Recherches sur la morphologie et la biologie du tricophyton tonsurans et de l'achorion Schœnlenii, par Verujski. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.) — Recherches sur le tricophyton tonsurans, par Pellizzari. (*Congrès de Pavie*, sept.) — De l'alopecia areata et des modifications des poils, par Behrend. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 3.)

Température. — Températures périphériques du corps humain, par Heinrich Emil Schwarz. (*Thèse de Zurich*, 1886.) — Recherches sur l'inversion des oscillations diurnes de la température chez l'homme normal, par V. Mosso. (*Arch. ital. de Biol.*, mai.)

Tendon. — Deux cas d'arrachement des tendons, par Mac Intyre. (*Saint-Louis med. journ.*, juillet.)

Testicule. — Sur un point de la structure du tube séminifère chez les mammifères, par A. Prenant. (*Soc. biol.*, 19 mars.) — Des vésicules séminales, par James-T. Carter. (*Glasgow medical Journal*, mai.) — Développement et migration du testicule, par Lookwood. (*Journ. of anat.*, octobre.) — De la descente des testicules, du gubernaculum et du canal péritonéo-vaginal, par Bramann. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre.) — Sur la spermatogenèse, par de Korotnef. (*Acad. des sciences*, 14 nov.) — Effets de la castration sur l'évolution des tissus péniens chez le chat, par Retterer. (*Soc. biol.*, 2 avril.) — De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac de Dupuytren, par Bazy. (*Arch. de méd.*, novembre.) — Hydrocèle péritonéo-funiculaire, par Vieusse. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Énorme hydrocèle ouverte spontanément dans la cavité péritonéale, par Dumas. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 9 juillet.) — Traitement de l'hydrocèle, par Segond. (*France médicale*, 13 octobre.) — Sur le traitement de l'hydrocèle, par Martenot. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'hydrocèle et son traitement radical, par Moreschi. (*Raccoglitore med.*, n° 15.) — Du traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique, par Gross. (*Assoc. franç. Cong. de Toulouse et Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.) — Du traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique, ses indications, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thér.*, 27 oct.) — Sur le traitement de l'hydrocèle simple, par Tschepurin. (*Thèse de Berne*, 1886.) — De l'avantage d'employer la cocaïne en injection avant la ponction dans l'hydrocèle ou le kyste spermatique, par Dubuc. (*Journ. de méd. de Paris*, 14 août.) — Traitement du varicocèle, par Pichevin. (*Gaz. des hôp.*, 10 sept.) — De l'ectopie testiculaire et de la castration préventive chez l'adulte, par Thiriar. (*Assoc. fr.*, *Congrès de Toulouse.*) — Que faut-il faire du testicule en ectopie inguinale dans le cas de hernie inguinale étranglée, par Dufour. (*Thèse de Bordeaux.*) — D'un mode fréquent et non décrit de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë, par Montaz. (*Assoc. franc.*, *Congrès de Toulouse.*) — Testicule tuberculeux; castration; réunion de la plaie par première intention sans drainage, par Binand. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 août.) — L'orchite d'origine palustre, par Magnani. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes spermatiques, par Bardot. (*Thèse de Nancy.*) — Des tumeurs solides du cordon spermatique, par Alombert-Goget. (*Thèse de Lyon*, n° 387.)

Tétanos. — Relation d'une épidémie de tétanos dans les salles de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, par Jacquinot. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, oct.) — Recherches sur l'étiologie du tétanos, par Shakespeare.

(*Cong. intern. Washington.*) — Étude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos et en particulier de son origine équine, par Crossouard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'étiologie du tétanos, par Bonome. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Recherches histologiques et expérimentales sur la nature infectieuse du tétanos, par Vanni et Giarré. (*La Riforma med.*, 12 août.) — De la nature infectieuse du tétanos, par Audry. (*Lyon méd.*, 14 août.) — Sur l'étiologie du tétanos, avec remarques sur le rouge cholérique, par Brieger. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Du tétanos céphalique et de l'étiologie du tétanos en général, par Pezopoulos. (*Galenos*, n° 8.) — Tétanos traumatique, guérison, par Naldoni. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 68.) — Tétanos traumatique subaigu à forme partielle, guérison, par Routier. (*Progrès médical*, 21 mai.) — Observation d'un cas de tétanos spontané, par Bosmans, (*Arch. méd. belges*, n° 6.) — Du tétanos spontané (n'existe pas), par Verneuil. (*Bull. méd.*, 13 nov.) — De la non-existence du tétanos spontané, par Verneuil. (*Acad. des sciences*, 3 oct.)

Thérapeutique. — Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par Dujardin-Beaumetz et Yvon. (In-18, *Paris.*) — De l'action des médicaments, par Schulz. (*Arch. f. path. Anat.*, CVIII, 3.) — Les antithermiques comme médicaments nervins, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*; 2 sept.) — Des médicaments antithermiques considérés comme sédatifs du système nerveux, par Dujardin-Beaumetz. (*Bulletin médical*, 14 août.) — De l'acétanilide, revue critique. (*La Riforma med.*, 9 août.) — L'hydrastis canadensis, par Rusconi. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 58.) — Emploi thérapeutique de la cascara sagrada, par Bufalini. (*Boll. della soc. tra i cultori della sc. med*, V, n° 5.) — De l'antipyrine comme médicament analgésique, par Mariotti. (*Ibid.*) — De la répartition de la chaleur chez les fébricitants, sous l'influence de l'antipyrine, de la thalline et de l'antifébrine, par Pasternatzki. (*Wratsch*, n°s 2 et 4.) — Indications thérapeutiques nouvelles et formules pour l'administration de l'antipyrine, par Capitan. (*Bull. méd.*, 11 sept.) — Sur l'emploi thérapeutique de l'antipyrine, par Ricochon. (*Gaz. hebd.*, 11 nov.) — Action anti-rhumatismale de l'antipyrine, par Gottfrild Eich. (*Thèse de Bâle*, 1886.) — L'antipyrine contre la douleur, par Bassi. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 55.) — L'antifébrine contre la céphalalgie, par W. Faust. (*Deutsche med. Woch.*, p. 575, n° 26.) — Du strophantus hispidus, revue, par Dubief. (*Bulletin médical*, 16 nov.) — De la strophantine, nouveau tonique cardiaque (3 observations, heureux effets), par Mays. (*Med. News*, 22 oct.) — Le strophantus, comme médicament cardiaque, par L. Jumon. (*France médicale*, 15 septembre.) — Utilité de la pilocarpine dans les affections des voies respiratoires, par Riess. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 avril.) — Les indications et l'emploi thérapeutique du salol, par Eloy. (*Gaz. hebd.*, 11 nov.) — De l'ichthyol et de la résorcine comme représentants du groupe des médicaments de réduction, par Thibierge. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 10.) — Quelques applications chirurgicales des pommades à la lanoline, par P. Gueterbock. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Semen contra, santonine, usages thérapeutiques, effets toxiques, par Durbec. (*Thèse de Lyon*, n° 364.) — Note sur l'emploi de la caféine dans le traitement des affections cardiaques, par Silveira. (*Bull. de thér.*, 15 mars.) — De la valeur thérapeutique de l'ortie blanche « lamium album » et de ses propriétés hémostatiques, par Florain. (*Bull. de thérap.*, 15 juin.) — La résorcine, par Marciguey. (*Revue gén. de clin.* 1er septembre.) — Recherches sur le mode d'action de la colchicine prise à dose thérapeutique et le mécanisme de cette action, par Mairet et Combemale. (*Montpellier médical*, mars.) — Recherches sur quelques nouveaux hypnogènes, le méthylal et l'hydrate d'amylène, par Petrazzani. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Recherches sur l'action physiologique

et thérapeutique du méthylal, par MAIRET et COMBERNALE. (*Montpellier méd.*, juin.) — (*Progrès médical*, 2 juillet.) — Propriétés thérapeutiques du méthylal, par MOTROCHIN. (*Wratch*, n° 10.) — Du méthylal, par MARCIGUEY. (*Rev. de clin. et thér.*, 20 oct.) — Emploi médicinal du thymol, par HENRY. (*Med. News*, 3 sept.) — De la nitroglycérine dans les maladies du cœur et des reins, par L.-V. HOLST. (*St-Petersb. med. Woch.*, n°s 33 et 34, 1886.) — Action eutrophique du traitement térébenthiné, par BRÉMOND. (*Assoc. fr.*, *Congrès de Toulouse.*) — De l'emploi de l'iodoforme pour combattre certaines anorexies et dysphagies, par ALVIN. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — De l'emploi des hippurates, par POULET. (*Rev. de clin. et thér.*, 20 octobre.)

Thorax. — Circonférence thoracique et stature, par RICCARDI. (*Boll. scientif. di Pavia*, mars.) — Un cas de poitrine infundibuliforme, par A. FREY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 645.) — Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Blessure d'une intercostale, hémo-pneumo-thorax, mort, par PAUL THIÉRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 juillet.)

Thrombose. — De la substitution du thrombus dans le tissu conjonctif, par HEUKING et THOMA. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 2.) — De la thrombose chez les animaux à sang froid, par EBERH et SCHIMMELBUSCH. (*Arch. f. path. Anat.*, CVIII, 3.)

Thyroïde. — Morphologie du corps thyroïde, par ADOLF STRECKEISEN. (*Thèse de Bâle*, 1886.) — De l'hypertrophie de la thyroïde en rapport avec les altérations de la rate, par CARDONE. (*Arch. it. di laring.*, octobre.) — Tumeur kystique du corps thyroïde récidivant au bout de 5 semaines, par JUSTI. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — Goître plongeant avec accès de suffocation, menace d'asphyxie rapide, trachéotomie, fixation des deux lobes du corps thyroïde aux aponévroses du cou par la méthode de Bonnet, difficultés pour enlever définitivement la canule (bourgeons trachéaux) qui reste en place pendant 3 ans, guérison, par TERRILLON. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.) — Goitre hypertrophique malin, compliqué de tumeurs secondaires du crâne, par JOSEPH COATS. (*Brit. med. journ.*, p. 781, avril.) — Leçon clinique sur quelques symptômes du goitre exophtalmique, par DAVID DRUMMOND (pigmentation bronzée de la face. (*Brit. med. journ.*, p. 1027, mai.) — Relations de la toux nerveuse avec le goitre exophtalmique, par LANNEGRACE. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 30 juillet.) — Formes frustes du goitre exophtalmique, par DE METS. (*Ann. soc. de méd. Anvers*, juillet.) Traitement du goitre exophtalmique, par LIÉGEOIS. (*Rev. gén. de clin.*, (8 septembre.) — Goitre kystique; maladie de Basedow; guérison, par DUBRUEIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 août.) — Thyroïdectomie pour un goitre de 750 grammes, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 385, 20 novembre.) — Thyroïdectomie, par TWYNAM. (*New. South Wales Branch*, 2 septembre.) — Quatre thyroïdectomies suivies de guérison, par TH. CHAVASSE. (*Annals of Surgery*, p. 1, juillet.) — Deux cas d'extirpation de goitre, par SALZMAN. (*Soc. des méd. finlandais*, 10 juin.) — De l'extirpation du corps thyroïde, par SANQUIRICO. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Contribution à l'étude de myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde, par J.-L.-REVERDIN. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 275 et 318, mai et juin.)

Trachéotomie. — Manuel de trachéotomie, par RENAULT. (In-8°, *Paris.*) — Statistique de 327 trachéotomies à l'hôpital de Boston, par R. LOVETT et J. MUNRO. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet.)—Chloroforme et trachéotomie, par de SAINT-GERMAIN. (*Tribune méd.*, 14 août.) — Bronchotomie, par PHILIPPEAUX. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, juillet.) — Note sur un cas de

mort par hémorragie secondaire au huitième jour après la trachéotomie, par Bouju. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Des causes qui empêchent l'ablation de la canule chez les enfants trachéotomisés pour diphtérie, par Kohl. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — De la trachéotomie précoce dans la diphtérie, par Watson Cheyne. (*Brit. med. journ.*, p. 505, mars.)— Trois cas de trachéotomie chez des enfants, (pour laryngite chronique, pour corps étranger et pour adénite rétropharyngienne suppurée), par F. Schrakamp. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Résultats de 32 trachéotomies pour diphtérie, par Ferrari. (*Congrès de Pavie*, sept.) — Trachéotomie et intubation, par H. Mudd. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 701, 25 juin.)

Trépanation. — Trépanation d'un abcès intra-cranien (extra-méningé) consécutif à une otite morbilleuse, par Koehler. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 août.)

Tuberculose. — De la signification diagnostique du bacille tuberculeux, par Batck. (*Med. chir. Centralb.*, n° 36.) — Bacilles de la lèpre et de la tuberculose, par Baumgarten. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 10.) — Les colonies de bacilles tuberculeux dans l'urine, par de Toma. (*Gaz. d. osp.*, n° 69.) — Sur l'atténuation et la destruction de la virulence tuberculeuse, par Florand. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la structure du bacille tuberculeux, par Heydenreich. (*Wratch*, n° 33.) — Évolution extraordinaire d'une tuberculose inoculée dans l'iris du lapin, par Deutschmann. (*Zeit. f. vergl. Augenh.*, V, 1.) — Étiologie de la phtisie, par Phillip. (*Cong. intern. Washington.*) — Sur la durée variable de l'évolution de la tuberculose, par Daremberg. (*Acad. des sciences*, 17 oct.) — Sur la prédisposition à la phtisie pulmonaire, par de Giovanni. (*Bulletin méd.*, 21 août.) — De l'hérédité de la tuberculose du bacille, par Ruhle (n'existe pas). (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Dissémination de la tuberculose par les mouches, par Spillmann et Haushalter (*Acad. des sciences*, 16 août.) — Le confinement comme cause d'infection tuberculeuse, par E. Trudeau. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, juillet.) — Tuberculose pulmonaire transmise de l'homme au chien, par Petit. (*Jour. de méd. de Paris*, 10 juillet.) — Phtisie acquise ; coïncidence ou effet, par Dumas. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, n° 6.) — Étude sur l'infection tuberculeuse, par Leser. (*Fortsch. der Med.*, V, n° 16.) — De la prophylaxie de la tuberculose, par Celli et Guarnieri. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 2 et 3.) — Sur les symptômes thoraciques initiaux de la tuberculose pulmonaire, par Julia. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tuberculose miliaire chez un jeune enfant, consécutive à une dilatation bronchique suite d'une atélectasie congénitale, par Futh et Kœster. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 octobre.) — De la disposition lobaire des lésions de la phtisie pulmonaire et de ses rapports avec le diagnostic et le pronostic, par J. Kingston Fowler. (*The Practitioner*, octobre.) — Nouveau cas de tuberculose miliaire circonscrite dans une artère pulmonaire ouverte, par Karl Herxheimer. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 1, p. 180.) — Tuberculose buccale, par Reclus. *Gaz. hebd. de méd.*, 28 oct.) — Tuberculose de la muqueuse buccale, par David Hansemann. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIII, H. 2, p. 264.) — Tuberculose miliaire étendue, limitée aux grosses branches de l'artère pulmonaire restées perméables, par C. Weigert. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIV, H. 1, p. 31.) — De la tuberculose des séreuses, par Vierordt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 2.) — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, par Vallas. (*Thèse de Lyon*, n° 367.) — Tuberculose de la peau et de la muqueuse des organes génitaux externes, par Campana. (*Congrès de Pavie*, septembre.) — Tumeurs multiples sous cutanées de la face, du corps thyroïde, du tronc et des membres chez un homme atteint de tuberculose pulmonaire, par Barié. (*Soc. méd. des hôp.*,

22 juin.) — Tuberculose verruqueuse de la main avec lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras de nature scrofulo-tuberculeuse, par Morel Lavallée. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Tuberculose cutanée, par Brissaud. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juillet.) — Des rapports de la tuberculose, avec l'onyxis maligne, par Von Meyer. (*Arch. f. pathol. Anat.* CVIII, 3.) — Infection tuberculeuse par voie génitale, par Derville. (*Thèse de Paris*, 3 nov.) — De l'ulcère tuberculeux de la vulve, du vagin et de la portion vaginale de l'utérus, par Zweigbaum. (*Gazeta lekarska*, n° 8.) — Tuberculose osseuse du crâne chez un enfant mort de méningite tuberculeuse, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, p. 279, 30 oct.) — Tuberculose perforante du crâne, par Michel Gangolphe. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — Du tubercule anatomique, par Pollosson. (*Province méd.*, 9 juillet.) — Relations de la tuberculose avec les affections mentales, par Theodor Buri. (*Thèse de Bâle*, 1886.) — Altérations du cœur dans la phtisie pulmonaire, par Giovanni. (*Boll. scientif. di Pavia*, mars.) — De la tuberculose pulmonaire chez les alcoolisés, par Bauquel. (*Thèse de Nancy.*) — Du zona périnéo-génital chez les tuberculeux, par Barié. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 mai.) — Sur la phtisie pulmonaire (considérations sur le traitement), par A. de Giovanni. (*Il Morgagni*, sept.) — Le traitement climatique de la phtisie, par Maragliano. (*Congrès de Pavie*, sept.) — La phtisie pulmonaire, spécialement au point de vue thérapeutique, par Aufrecht. (*Magdebourg.*) — Le traitement des dernières périodes de la phtisie, par Musser. (*Med. News*, 15 oct.) — Récents progrès dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par S. Solis Cohen. (*Med. News*, 1er oct.) — Le traitement de la phtisie. (*Journ. of laryngol.*, juillet.) — Traitement de la phtisie pulmonaire, par Kastzer. (*Med. chir. Centralb.*, n° 20.) — Traitement de la phtisie, par Dettweiler et Penzoldt. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril et 2 mai.) — De quelques travaux récents sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par M.-L. Jumon. (*France médicale*, 6 septembre.) — Médication peptophosphatée dans la tuberculose pulmonaire, par Judet. (*France médicale*, 3 mai.) — Le traitement de la consomption pulmonaire, d'après 40 cas, cataplasme de farine de lin, par Mays. (*Med. News*, 29 oct.) — Des forêts de pin comme agent thérapeutique dans la phtisie pulmonaire, par Loomis. (*Med. News*, 23 juillet.) — Traitement de la tuberculose par l'aniline, par Bertolero. (*Congrès de Pavie*, sept.) — La créosote dans la phtisie pulmonaire, par Longuet. (*Union médicale*, 28 mai.) — Traitement de la tuberculose par les vapeurs d'acide fluorhydrique, par Garcin. (*Acad. de méd.*, 20 sept.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'acide phénique, par L. Greffier. (*France méd.*, 8 sep.) — Des injections sous-cutanées d'eucalyptol dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Laplaine. (*Marseille méd.*, 30 juin.) — Traitement de la phtisie par les injections rectales, par Maccallum. (*Med. News*, 23 juillet.) Les inhalations sulfureuses dans le traitement de la phtisie, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 12 oct.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations de vapeur d'acide sulfureux, par Auriol. (*Broch., Nîmes.*) — Les sulfureux dans la tuberculose laryngée, par Charazac. (*Revue médicale, Toulouse*, 1er septembre.) — De l'alimentation artificielle dans la tuberculose, par Van Eeden. (*Diss. inaug. Amsterdam, et Centr. f. klin. Med.*, p. 674.) — Traitement chirurgical de la phtisie tuberculeuse, par Thomas Sinclair. (*Dublin journ. of med. sc.* p. 497, juin.) — Sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes sur la tuberculose, par Maschat. (*Thèse de Paris*, 16 nov.)

Typhoïde (Fièvre).—Étude sur les propriétés pathogènes du bacille typhique, par Wolfowicz. (*Inaug. Diss. Kœnigsberg.*) — L'eau potable comme mode de transmission de la fièvre typhoïde, par Blasi. (*Riv. int. di med.*, n° 4.)

— Transmission de la fièvre typhoïde par les eaux, par Boissaric. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Toulouse.*) — Des modes de propagation de la fièvre typhoïde, par Brouardel. (*Annales d'hyg. publ.*, XVIII, p. 385, nov.) — Observations étiologiques sur la fièvre typhoïde, par Finkler. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mai.) — Étiologie des cas sporadiques de fièvre typhoïde, par Bruce Low. (*Sanitary Record*, p. 366, fév. 1886.) — La fièvre typhoïde de famille, de maison, de groupe, par Schwartz. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXIV, p. 531.) — Fait relatif à l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Devalz. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 août.) — De l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Lécuyer. (*Revue gén. de clin.*, 25 août.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par Bézy. (*Assoc. fr.*, *Cong. de Toulouse.*) — De l'influence des pluies sur la marche de l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont-Ferrand, par Chibret et Augiéras. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juin.) — Sur une épidémie locale de fièvre typhoïde qui a sévi à Pierrefonds (Oise), par Fernet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 mai.) — Origine et histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde à Mont-Holly en juin-août 1887, par Leeds. (*Med. News*, 3 sept.) — La fièvre typhoïde au quartier d'artillerie de marine à Nouméa, par Pindray. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du typhus abdominal à la Guadeloupe, par Laffont. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des fièvres typho-malariennes au Gabon, fièvres rémittentes typhoïdes, par Salaun. (*Thèse de Bordeaux.*) — La fièvre typhoïde telle qu'on la voit aux Indes, par Bigg. (*Brit. med. journ.*, 22 oct.) — Suite de la statistique de la fièvre typhoïde à l'hôpital de la Croix-Rousse, mortalité : 7, 27 0/0, par Bouveret. (*Lyon méd.*, 6 nov.) — Épidémie domiciliaire de fièvre typhoïde à Mexborough, par Sykes. (*Brit. med. journ.*, p. 277, fév.) — Une épidémie de fièvre typhoïde au 134e régiment de ligne à Mâcon, par Hahn. (*Revue d'hyg.*, IX, n° 8.) — Des fièvres typhiques récurrentes, d'origine climatique observées à la Guadeloupe, par Henry. (*Thèse de Bordeaux.*) — Epidémie de fièvre typhoïde à Serrières, causée partie par les gaz d'égout, partie par l'eau potable, par H. de Montmollin. (*Revue médicale Suisse romande*, VIII, 343, juin.) — Épidémie de fièvre typhoïde par infection d'un puits, par Heinrich Wehrli. (*Thèse Zurich*, 1886.) — Épidémie de fièvre typhoïde à Souakim, par E. Squire. (*Med. chir. transact.*, LI, p. 247.) Épidémie de fièvre typhoïde à l'école normale et au collège de Cluny (119 cas, 12 morts, contagion par l'eau, présence du bacille typhique), par Rollet. (*Lyon méd.*, 20 nov.) — Épidémie de fièvre typhoïde dans une caserne à Klosternenbourg avec bacille spécifique dans l'eau de puits, par Kowalski. (*Revue d'hyg.*, IX, 870, oct.) — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'assainissement des localités, par Tersen. (*Thèse de Lille*, 13 nov. 1886.) — Sur la lutte des phagocytes dans un cas de rechute de fièvre typhoïde, par Metschnikoff, (*Arch. f. pathol. Anat.* CIX,1.) — Note sur la fièvre typhoïde, par Mascarel. (*France médicale*, 28 juin.) Des rechutes dans la fièvre typhoïde, par Licht. (*Thèse de Nancy.*) — Sur les récidives de la fièvre typhoïde, par Sallebert. (*Thèse de Bordeaux.*) De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde, par Vuillaume. (*Thèse de Nancy.*) — Formes de fièvre typhoïde simulant la fièvre rémittente malariale, par Atkinson. (*Med. News*, 13 août.) — Fièvre typhoïde survenant dans l'état puerpéral, guérison, par Poussié. (*Congrès méd. internat. Washington.*) — Des localisations atypiques de l'infection typhoïde, par Banti. (*Congrès de Pavie*, sept.) — De la mort subite dans la fièvre typhoïde, par Dewevre. (*Arch. de méd.*, octobre.) — Des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive, par Heuzé. (*Thèse de Bordeaux.*) — Des paralysies dans la fièvre typhoïde, par Puybaret. (*Thèse de Bordeaux.*) — A propos de fièvres typhoïdes atténuées, par Vanderlinden. (*Arch. méd. belges*, août.) — De la fièvre typhomalarienne, par E. Squire. (*Am. Journ. of the med. sc.*, avril.) — Hématémèse dans la

fièvre typhoïde, par Weiss. (*Wiener med. Presse*, n° 13.) — Ostéite du frontal et abcès du cerveau à la suite d'une fièvre typhoïde, compliquée d'érysipèle de la face, par Jeunhomme. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observées en Nouvelle-Calédonie, par Gervais. (*Thèse de Paris*, 27 octobre.) — Fièvre typhoïde terminée par une gangrène de toute la joue droite, par Guinand. (*Loire méd.*, 15 nov.) — Revue historique et critique des méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, par Bertin. (*Thèse de Nancy.*) — Réflexions sur l'administration de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par Wibin. (*Arch. méd. belges*, oct.) — De l'antifébrine dans la fièvre typhoïde, par J. Solis Cohen. (*Med. News*, 8 oct.) — De l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par Fr. Minot. (*Journal of Amer. Assoc.*, p. 22, 2 juillet.) Eucalyptus dans la fièvre typhoïde, par Leighton Kesteven. (*The Practitioner*, avril.) — De la jugulation de la fièvre typhoïde au moyen de la quinine et des bains tièdes, par Pécholier. (*Montpellier médical*, avril et mai.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle, par Duboué. (*Revue de clin. et thérap.*, 29 sept.)

U

Ulcère. — Diagnostic différentiel des ulcères gommeux et des ulcères variqueux de la jambe, par Morel-Lavallée. (*Gaz. des hôp.*, 10 sept.) — Cas observés à Bagdad de boutons d'Alep ou de Bagdad, par Macridi-Pacha. (*Gaz. des hôp. de l'empire ottoman*, 5, p. 3.)

Urémie. — Urémie expérimentale, influence sur la vitalité du fœtus, par Charpentier et Butte. (*Cong. intern. de Washington.*)—De la congestion pulmonaire urémique, par Lainé. (*Thèse de Bordeaux.*)

Urètre. — De quelques malformations de l'urètre au point de vue du développement, par Voituriez. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, sept.) — Imperforation congénitale de l'urètre, par Cros. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 21 mai.) — De l'étroitesse congénitale du méat, ses complications, par Desnos. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, sept.) — Traitement des blessures de l'urètre chez la femme, par Braithwaite. (*Leeds and West riding med. chir. soc.*, 14 oct.)—Urétrocèle vaginale, par Piedpremier. (*Thèse de Paris*, 8 nov.) — Établissement d'un urètre rectal dans un cas de fistule vésico-vaginale rebelle; dilatation quotidienne avec le doigt pendant 9 mois de l'orifice vulvo-rectal, par Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) — Rétrécissement de l'urètre chez la femme, par Van de Warker. (*Med. News*, 16 juillet.) — Rétrécissement congénital de l'urètre chez un nouveau-né, par Macan. (*Brit. med. journ.*, p. 513, mars.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par dilatation brusque, par Josef Kovacs. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 août.) — Urétrotomie interne, hémorragie consécutive, par Henri Picard. (*France médicale*, 30 juillet.) — De l'urétrotomie externe, par Segond. (*Ibid.*, 4 oct.) — Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées; urétrotomie interne, par Reliquet. (*Union médicale*, 21 juillet.) — De la rupture de l'urètre (relevé de 29 cas consignés sur les registres des hôpitaux de Copenhague), par A. Tversen. (*Nord. med. Ark.*, n° 9.) — Du brise-pierre urétral de Civiale, par Chrétien. (*Gaz. hebd. de méd.*, 2 sept.) — L'injecteur urétral de médicaments, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. veneree*, sept.-oct.)

Urinaires (Voies). — Abcès urineux, par SEGOND. (*Semaine méd.*, 12 oct.) — Des abouchements anormaux de l'uretère à la vulve et du vagin, par SECHEYRON. (*Assoc. franç., Congrès de Toulouse.*) — Du phimosis comme cause d'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, par DE FORTUNET. (*Lyon méd.*, 18 sept.) — Des abcès urineux, par SEGOND. (*France médicale*, 20 sept.)

Urine. — La réaction de l'urine et ses rapports avec le travail musculaire, par ADUCCO. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 3.) — Sur le ferment de l'amidon dans l'urine humaine, par R. BREUSING. (*Arch. f. pathol. Ana. u. Phys.*, CVII, H. 1, p. 186.) — Les substances toxiques de l'urine, par CHARRIN. (*Journ. de pharm.*, 15 sept.) — De l'examen des urines au point de vue microbien, par AUBERT. (*Lyon méd.*, 18 sept.) — Sur la toxicité des urines pathologiques, par EHRMANN. (*Thèse de Nancy.*) — Sur les causes de la réaction dite hémaphéique des urines, par ENGEL et KIENER. (*Soc. biol.*, 26 mars.) — Recherches sur les urines des tabétiques, par LIVON et ALEZAIS. (*Assoc. franç., Cong. de Toulouse.*) — Analyse quantitative du sucre et des substances réductrices dans l'urine au moyen de la liqueur de Fehling, par IMMANUEL MUNK. (*Arch. f. pathol. An. u. Phys.*, CV, H. 1, p. 63.) — Présence du sucre dans l'urine des animaux nouveau-nés, par NEGRO. (*La Riforma med.*, 14 sept.) — De la recherche du sucre dans l'urine par le phényl-hydrogène, par BOND. (*Med. News*, 6 août.) — Sur la présence de sucre dans les urines de personnes soumises à l'alimentation lactée, par MÉHU. (*Journ. de pharm.*, 15 août.) — Étude du rapport de l'azote de l'urée avec l'azote total dans les urines normales et pathologiques, par BAYRAC. (*Thèse de Lyon*, n° 373.) — De l'élimination de la thalline par l'urine, par INGRIA. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 51.) — Un appareil pour le dosage quantitatif du sucre dans l'urine, par KRAMER. (*Med. News*, 22 oct.) — Nouveau tube pour l'examen des urines, par W. ZUELZER. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 mai.)

Urique (Acide). — Variations dans l'excrétion de l'acide urique sous l'influence des acides et des alcalis, par HAIG. (*Journ. of physiol.*, VIII, 3 et 4.) — Présence de l'acide urique dans différents organes, son accumulation dans la leucémie, sa formation aux dépens des substances azotées, par STADTHAGEN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 3.)

Urobiline. — Une modification de l'urobiline, par SALKOWSKI. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CIX, 2.) — Recherches cliniques sur l'urobilinurie, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôp.*, 3 août.)

Urticaire. — A propos de la fièvre urticaire, par BAEY. (*Arch. méd. belges*, juillet.)

Utérus. — La position normale de l'utérus, par STRATZ. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, p. 286.) — L'utérus infantile, par JOHNSTONE. (*Americ. gyn. Soc.*, 15 sept.) — Des troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie, indications thérapeutiques, par LUTAUD. (*Arch. de toc.*, 30 juil.) — De l'étiologie de la contraction de l'utérus en sablier, par JAMES JOHNSTONE. (*Glasg. med. Jour.*, mars.) — Des contractions de l'utérus pendant la grossesse, leur valeur dans le diagnostic de la grossesse, par BRAXTON HICKS. (*Cong. internat. Washington.*) — Étude histologique sur l'involution utérine, par MAYOR. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.) — Dyspepsie utérine, par BIGELOW. (*Americ. Journ. of obst.*, août.) — Hémorragie grave provenant du col utérin, par REMY. (*Arch. de tocol.*, 15 oct.) — Hémorragie grave provenant d'une déchirure du col utérin, par REMY. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept.) — Induration du col utérin due à des déchirures et à des tentatives de restauration. Vaut-il mieux amputer ou restaurer ? par EMMET. (*N. York obst. soc.*,

17 mai.) — Inflammation péri-utérine et adéno-phlegmon juxta-pubien, par Vallas. (*Province méd.*, 15 oct.) — De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique, par E. Blanc. (*Thèse de Lyon.*) — Diagnostic différentiel entre l'endométrite fongueuse et les tumeurs de la muqueuse utérine, par Heitzmann. (*Americ. journ. of obst.*, sept.) — De l'endométrite du corps de l'utérus, par Veit. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 2.) — Métrite chronique et son traitement, par Mitchell. (*Cincinnati obst. soc.*, 14 avril.) — De la paramétrite hémorragique, par Duncan. (*Brit. med. journ.*, p. 1042, mai.) — Métrite hémorragique guérie par le raclage ; opération pendant le sommeil hypnotique provoqué, par Guinon. (*Gaz. méd. de Paris*, 16 avril.) — Du traitement de la périmétrite par la ponction capillaire aspiratrice, par Hervot. (*Arch. de tocol.*, 30 juillet.) — Lacération du col de l'utérus, par H. Carstens. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 652, 11 juin.) — Des attaches normales et pathologiques de l'utérus et des rapports avec les déplacements, par Ziegenspeck. (*Arch. f. Gynæk.*, XXXI, 1.) — Abaissement du prolapsus artificiel de la matrice, par Vulliet. (*Journ. de méd. de Paris*, 7 août.) — Des prolapsus utérins et de leur mode de production, par Trélat. (*France médicale*, 4 juin.) — Causes et traitement des déplacements utérins, par Emmet. (*Americ. gyn. soc.*, 13 sept.) — Déplacements utérins corrigés par l'opération d'Alexander modifiée (20 cas), par Kellog. (*Cong. internat. Washington.*) — Opération d'Alexander, par Doléris. (*Americ. gyn. soc.*, 14 sept.) — Opération d'Alquié-Alexander, par Dubrueil. (*Gaz. méd. Montpellier*, 13 août.) — Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice, par Séquinard. (*Thèse de Bordeaux.*) — Prolapsus utérin guéri par la colporraphie postérieure ; périnéorraphie et amputation de la partie vaginale du col, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 3.) — Hystérotomie sus-vaginale dans un cas de prolapsus de l'utérus, par Bufalini. (*Ibid.*, n° 14.) — Cas d'inversion chronique de l'utérus réduite par la colpeurryce, par Jaggard. (*Boston med. journ.*, 6 janvier.) — De la rétroflexion de l'utérus, par Murdoch Cameron. (*Glasgow med. journal*, juin.) — Des perforations utérines avec gangrène localisée, par H. Richardière. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVIII, 427, nov. 1887.) — La lacération du col et l'opération d'Emmet, par Lutaud. (*Jour. de méd. de Paris*, 14 août.) — De la dilatation rapide du col, par Wathen. (*Cong. internat. Washington.*) — De la dilatation de l'utérus en gynécologie, par Fraipont. (*Soc. méd. chir de Liège*, août.) — La sonde intra-utérine dans le traitement des flexions, par Jackson. (*Americ. gyn. soc*, 14 sept.) — Valeur thérapeutique de quelques médicaments dans l'état hémorragique de l'utérus, par Palmer. (*Americ. gyn. soc.*, 14 sept.) Trois cas d'écouvillonnage de l'utérus, par Bailly. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 10 nov.) — Le curage de la cavité utérine, par Vulliet. (*Journ. de méd. de Paris*, 21 août.) — Du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités, par Mélik. (*Arch. de tocologie*, 30 août.) — Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus (nulle), par E. Blanc. (*Lyon méd.*, 7 août.) — Nouvelle application du syphon aux lavages vaginaux et utérins, par Lefour. (In-8°, *Paris.*) — Emploi du jéquirity dans le traitement de la métrite chronique, par Bordé. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique, par Albertin. (In-8°, 112 p., *Lyon.*) — Un nouveau dilatateur utérin, par William L. Reid. (*Glasgow medical journal*, mai.) — Traitement de l'endométrite chronique par la galvanocaustique chimique intra-utérine, par Baraduc. (*Journ. de méd. de Paris*, 9 juillet.) — De la médication intra-utérine, par Caldwell. (*Journ. of Amer. assoc.*, p. 97, 23 juillet.) — Une observation de tamponnement intra-utérin, par Auvard. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 10 nov.) — Pénétration de la sonde utérine dans la trompe, par Conner. (*Arch. f. Gynæk.*, XXV, 1.) — Modification du cathéter utérin de Fritsch,

par P. Ruge. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 sept.) — Spéculum utérin à chambre réfrigérante pour l'application du thermo-cautère, par Scarenzio. (*Congrès de Pavie*, sept.) — De la fréquence des conditions morbides des trompes de Fallope (discussion à la Société obstétricale de Londres, Lewers, Galabin, Lawson Tait, etc.) (*Brit. med. journ.*, p. 1042, mai.) — Pyosalpingite tuberculeuse, par Jeannel. (*Assoc. franç.*, *Cong. de Toulouse.*) — Doit-on enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, par Polk. (*Americ. gyn. soc.*, 13 sept.) — Sur quatre observations d'inflammation des annexes de l'utérus (salpingite et ovarite); laparotomie, par Terrillon. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVII, n° 30.) — Inflammation de la trompe et de l'ovaire ; laparotomie ; ablation des annexes de l'utérus, par Terrillon. (*Ann. de gyn.*, nov.)—Extirpation des annexes de l'utérus pour soulager une douleur ovarique permanente ; guérison, par A. Butler-Smythe. (*Brit. med. journ.*, p. 237, juillet.) — Un cas d'hématomètrie avec fibrome dégénéré, traité par l'hystérectomie sus-vaginale, par Meredith. (*Obstet. soc. of London*, 2 nov.)— Amputation graduelle du col de l'utérus, par V. Ciccone. (*Il Morgagni*, juin.) — Rupture de l'utérus; procidence du grand épiploon; guérison, par Bastaki. (*Arch. roumaines de chir.*, n° 2.) Deux cas de rupture de l'utérus ; laparotomie; guérison, par Lederer. (*Prager med. Woch.*, n° 15.) — Traitement des fibromes utérins par le seigle ergoté, par Nelson. (*Cong. internat. Washington.*) — Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par de puissants courants électriques, par d'Arman. (*Riv. veneta di sc. med.*, juillet.) — Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité, par Woodham Webb. (*Brit. med. journ.*, p. 116, juillet.) — Torsion de l'utérus dans les gros myomes sous-séreux, par Skutsch. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 41.) — Rapport des micro-organismes avec les myomes utérins, par Nelson. (*Cong. internat. Washington.*) — De l'ablation des fibromes utérins sous-péritonéaux, par Baumgærtner. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 oct.) — Polypes et corps fibreux utérins ; vagin et utérus doubles, par Graverry. (*Soc. anatomique*, décembre 1886.) — Expulsion spontanée d'un fibrome utérin pesant deux livres et demie, par Johnston. (*Obst. soc. of Washington*, 18 mars.) — Extirpation des myomes utérins par la laparotomie, par Dunlap. (*Congrès internat. Washington.*) — Extirpation de l'utérus pour des myomes avec hémorragies, par Trenholme. (*Ibid.*) — Traitement du pédicule dans l'hystérectomie sus-vaginale, par Bantock. (*Americ. gyn. soc.*, 14 sept.)—Deux hystérectomies, par J. Pascale. (*Il Morgagni*, juillet.) — Un cas d'hystéro-myomotomie, par Lebedeff. (*Arch. f. Gynæk.*, XXX, 1.) — Seize énucléations de myomes utérins intra-péritonéaux ; trois décès, par A. Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 sept.) — De l'hystérectomie vaginale, par Tréguier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas d'hystérectomie vaginale ; une guérison, par Ford Thompson. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 638, 4 juin.) — Ablation des ovaires et des trompes pour un fibro-myome de l'utérus, par Reeves Jackson. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 576, 21 mai.) — Hystérectomie pour fibromes, par Freeman. (*N. York obst. soc.*, 17 mai.) — Une observation d'hystérectomie avec un tableau de 25 laparotomies, par J. Eastman. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 175, 6 août.) — Tumeur intra-utérine ; hystérectomie abdominale ; mort, par Villette. (*Bull. méd. du Nord*, août.)—Des déchirures du col utérin dans leur rapport avec le développement du cancer, par Spanton. (*Brit. med. journ.*, p. 927, avril.) — Sarcome utérin, par Schulter. (*Inaug. diss. Berlin.*) — Fibromyome et cancer de l'utérus, par Wahrendorff. (*Ibid.*) — Un cas de cancer du corps de l'utérus, par Richelot. (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 10 nov.) — Cinq cas de cancer primitif du corps de l'utérus ; diagnostic de parcelles extraites par la curette, par Krukenberg. (*Berl. klin. Woch.*, 4 avril.) — Traitement médical du cancer utérin, par Cordés. (*Ann. de gyn.*, octobre.) — Traite-

ment du cancer utérin, par MARTIN. (*Cong. méd. internat. Washington.*) — Traitement moderne du cancer utérin, par JACKSON. (*Cong. internat. Washington.*) — Sur le traitement chirurgical du cancer utérin, par LAPEYRE. (*Gaz. méd. Montpellier*, 21 mai.) — Résection totale de l'utérus pour le cancer du col, par EDW. COTTEREL. (*Brit. med. journ.*, p. 64, juillet.) — Extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour un carcinome; guérison, par E. STIRLING. (*Ibid.*, p. 1096, mai.) — Extirpation totale de l'utérus par le vagin pour cancer, par MARTIN. (*Cong. internat. Washington.*)

V

Vaccine. — Revue des travaux sur la vaccination, spécialement au point de vue militaire, par ZEMANCK. (In-8°, 84 p., *Vienne.*)— Les inoculations prophylactiques, par OTTO BEUMER. (*Wiesbaden.*) — L'antisepsie dans la vaccination, par BAUER. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 732.) — Sur un cas de vaccine généralisée, par KALISCHER et BEHREND. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 oct.) — La vaccination, par VIOLI. (*Rev. d'hyg.*, IX, 918, oct.) — La vaccination animale dans un corps d'armée, par E. VALLIN. (*Ibid.*, IX, 713, sept.) — La culture artificielle du vaccin, par JOHN DOUGALL. (*Glasgow medical journal*, XXVI, n° 6 et XXVII, n°s 1 et 2.)

Vagin. — Deux cas d'atrésie du vagin, par O. SCHMIDT. (*Deut. med. Woch.*, n° 23, p. 509.) — Vulvovaginite consécutive à un corps étranger du vagin chez une petite fille de 7 ans, guérison, par ROUVIER. (*Ann. de gynécol.*, oct.) — Sarcome circonscrit du vagin et de l'utérus, par LEWERS. (*Trans. of obstet. soc. London*, XXVIII.) — Épithélioma primitif de la paroi antérieure du vagin et superinvolution de l'utérus, par PORTER. (*Med. News*, 24 sept.) — Un cas de cancer du vagin, par RUTER. (*Centr. f. Gynækol.*, 17 sept.)

Varice. — Des varices du membre inférieur chez la femme enceinte, par BAILLÉ. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ulcère variqueux avec sudation, par LONGO. (*Progrès médical*, 16 juillet.) — Sur un cas de varice du système veineux supérieur, par VOITURIER. (*Journal des sciences méd. de Lille*, 26 août.) — Du varicocèle et de son traitement chirurgical, par THIRIAR. (*La Clinique*, 14 avril.)—De la cure radicale du varicocèle, par LE DENTU. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, oct.)

Varicelle. — Discussion de la Société des médecins de Zurich sur la varicelle. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte,* 15 juillet.) — Note sur un cas d'éruption pharyngée dans la varicelle, par BOUTARD. (*Normandie médicale*, 15 juin.)

Variole. — Recherches de thermométrie locale dans la variole, par MONTEFUSCO et BIFULCO. (*Giorn. d. sc. med.*, n° 5.) — Rash primitif ecchymotique chez un varioleux arthritique, symétriquement placé dans les principaux creux de flexion, par SIGNEZ. (*France médicale*, 9 août.)—De l'inoculation contre la variole, par HUGH THOMSON. (*Glasgow medical journ.*, janvier-février, mars.) — La variole traitée par la médication éthéro-opiacée à l'hôpital Saint-Antoine (1882), par HUMBLOT. (*Thèse de Paris*, 27 oct.)

Veine.—Blessure de la veine jugulaire interne, par J. BELL. (*Montreal med. chir. soc.*, 15 janvier et *Annals of surgery*, vol. V, p. 539.)

Vessie. — L'épithélium vésical suivant les degrés de distension de la vessie,

par Lachi. (Brochure, *Perugia*.)— Névralgie vésicale, par Guyon. (*Progrès médical*, 2 juillet.)—Des cystites douloureuses, par Guyon. (*Ibid.*, 16 juillet.) — Cystite gravidique aiguë au 4e mois de la grossesse, par E. Blanc. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, avril.) — Des rétentions d'urine inflammatoires et de leur traitement, par Bon. (*Thèse de Bordeaux*.) — La dysurie et la strangurie de la vieillesse, par C. Pauli. (*Deut. med. Woch.*, n° 24, p. 523,) — De l'exstrophie vésicale, par Calmeilles. (*Thèse de Bordeaux*.) — Des blessures de la vessie chez la femme dans les ablations de tumeurs abdominales, par Giraud. (*Thèse de Lyon*, n° 375.) — Extraction de trois calculs chez un diabétique, guérison, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Calcul de la vessie chez une femme, extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urètre, guérison sans incontinence d'urines, par Cauchois. (*Normandie médicale*, 1er juillet.) — Lithotritie rendue possible par l'emploi du chlorh. de cocaïne en injections dans l'urètre et la vessie, par Phélip. (*Lyon médical*, 9 oct.) — Trois pierres dures d'acide urique, pyélonéphrite, lithotritie en une séance avec évacuation immédiate de la totalité des fragments, par Dubuc. (*Union médicale*, 24 avril.) — Calcul vésical enkysté de dimensions extraordinaires, enlevé par la cystotomie sus-pubienne, par Walter Rivington. (*Medico chir. Trans.*, LI, p. 361.) — Taille hypogastrique chez un homme de 20 ans, guérison rapide sans qu'une sonde à demeure soit restée dans le canal de l'urètre, par Jobard. (*Bull. soc. de chir.*, XIII, p. 489.)—Contribution à la taille hypogastrique, par di Fede. (*Bull. Accad. med. di Roma*, mai.) — De la taille hypogastrique, par Poncet. (*Province médicale*, 23 juillet,) — A propos de deux observations de taille hypogastrique, par Galvani. (*Rev. de clin. et thér.*, 23 juillet.) — De la lithotomie sus-pubienne, par Rich. Barwell. (*Medico chir. Trans.*, LI, p. 341.) — Observation de lithotomie sus-pubienne, par W. Jacobson. (*Ibid.*, LI, p. 377.) — Lithotomie sus-pubienne, par Will. Mac Cormac. (*Brit. med. journ.*, p. 551, mars.)—Lithotomie sus-pubienne pratiquée avec succès chez un enfant de 9 ans, par William Sykes. (*Ibid.*, p. 18, juillet.) — Lithotomie sus-pubienne chez un jeune garçon, par Golding Bird. (*Ibid.*, p. 508, mars.)—Cystotomie sus-pubienne par l'ablation d'un corps étranger auquel était attaché un calcul, par C. Gore Gillon. (*Ibid.*, p. 1239, juillet.) — Taille sus-pubienne chez un enfant de 4 ans, par Page. (*Ibid.*, 15 oct.) — A propos de deux observations de taille hypogastrique, par Galvani. (*Rev. de clin. et thér.*, 28 juillet.) — Taille sus-pubienne, par Smith. (*Brit. med. journ.*, 17 sept.)— Statistique de 74 cas de taille sus-pubienne à l'hôpital privé de Paschkoff, par Assendelft. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 1.) — Deux cas de taille hypogastrique avec extirpation du lobe moyen de la prostate hypertrophiée, résultats nuls, par Benno Schmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 oct.) — Vaste cancroïde ayant intéressé la région clitoridienne et la partie inférieure de la vessie, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, sept.) — Onze cas de néoplasmes de la vessie, qar Charamis. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, sept.)— Un cas de papillome de la vessie, par Wiesinger. (*Soc. médicale de Hambourg*, 22 fév.) —Deux cas de tumeurs de la vessie extirpées par la méthode sus-pubienne, par H. Thompson. (*Brit. med. journ.*, p. 1268, juin.) — Cancer adéno-encéphaloïde de la vessie, par Headley Neale. (*Ibid.*, p. 1094, mai.) —Tumeur de la vessie, taille hypogastrique, ablation de la tumeur, guérison, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, juillet.)—Néoplasme vésical, taille hypogastrique, guérison; remarques sur quelques modifications touchant la suture et le drainage de la vessie, par Engelbach et Rollin. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, sept.)—Remarques sur les tumeurs de la vessie d'après un cas de papillome vésical chez une femme, par Wenning. (*Med. News*, 29 oct.) — Cathéter vésical avec simple ouverture centrale, par Wolfner. (*Deut. med. Woch.*, n° 28, p. 619.)

Vin. — Du plâtrage des vins au double point de vue chimique et médical, par DE GIRARD. (*Montpellier médical*, mai.) — Vin ferrugineux naturel de la Seyne, par SAMBUC. (*Journal de Pharmacie,* oct.) — Instruction allemande pour l'expertise du vin. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, 368, avril.)

Virus. — De l'atténuation des virus, par RODET (revue critique). (*Revue de médecine*, mai, juin, octobre.)

Vision.—Sur l'essence des troubles de la perception lumineuse, par TREITEL. (*Arch. f. Ophtalm.* XXIII, 1.)— Influence de certaines lésions cérébrales sur l'appareil de la vision, par LANNEGRACE. (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier*, n° 16.)— Les anomalies de la vision, par IMBERT. (*Ibid.*, n° 6.) — Observations relatives à la persistance visuelle (réponse à M. Bloch), par A. CHARPENTIER. (*Soc. biol.*, 19 mars.) — Sur la période d'addition des impressions lumineuses, par A. CHARPENTIER. (*Ibid.*, 26 mars.)

Vitré (Corps). — Cholestérine dans le vitreum, par COLLINS. (*Ophthalm. soc. of unit. Kingdom*, juin.) — Notes sur les affections du corps vitré, par HANSELL. (*Med. News*, 23 juillet.) — Cysticerque du corps vitré de l'œil gauche, par BASSÈRES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet.) — Une opération avec l'électro-aimant, extraction d'un corps étranger du corps vitré; atrophie du bulbe, par ZEHENDER. (*Klin. Monats. f. prakt. Augen.*, août.) — Extraction d'un éclat métallique du corps vitré à l'aide de l'électro-aimant; guérison totale, par WOLFBERG. (*Ibid.*, juillet.)

Vomissement. — Des vomissements incoercibles en dehors de la grossesse, de la dilatation du col, par BOISSARIC. (*Ann. de gynéc.*, oct.)

X

Xanthelasma. — Cas de xanthelasma, multiple par KOEBNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 avril.)

Xanthine. — De la formation de la xanthocréatinine dans l'organisme, par MONARI. (*Arch. ital. de biol.*, mai.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Recherches anatomiques sur la commissure grise, par R. VILLER (*Thèse de Nancy*, 1887).

L'auteur a cherché à établir quelle était la signification de la commissure grise du cerveau en se basant sur l'anatomie humaine et sur l'anatomie comparée, sur sa texture et enfin sur son développement.

Il montre que ce n'est que chez l'homme qu'il y a, à proprement parler, une commissure; chez les animaux (mammifères), il y a simplement une soudure des deux couches optiques sur la ligne médiane. La commissure grise est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, les cas de commissure double sont également plus fréquents chez la première (42 0/0) que chez le second (5 0/0 d'après Tenchini). Elle manquerait dans la proportion de 28 0/0 chez l'homme, de 14 0/0 chez la femme.

Pour étudier la texture de la commissure, Viller s'est servi du procédé de Weigert, il expose en outre des résultats obtenus d'autre part par le procédé de Golgi. Il résulte de ces recherches que la *commissure* ne renferme pas de fibres commissurales et que les éléments cellulaires que l'on y observe sont vraisemblablement de nature névroglique. Ceci semble surtout exact au moins chez les animaux (mouton, bœuf) qui seuls ont été examinés par la méthode de Golgi.

Enfin l'anatomie comparée et l'étude du développement montrent qu'il se fait à un certain moment de l'évolution une soudure secondaire des couches optiques. Chez les animaux autres que l'homme, cette soudure persiste comme telle ; chez l'homme, au contraire, les deux masses ganglionnaires s'écartent l'une de l'autre et il s'ensuit un étirement de la région soudée, étirement qui aboutit à la formation d'une bande de tissu transversale. En résumé, la commissure grise n'est une commissure qu'au point de vue macroscopique, elle ne renferme aucun système de fibres unitives. C'est une formation qui a, chez l'homme, la valeur d'un organe rudimentaire.

A. NICOLAS.

Sulla fine struttura dei corpi striati e dei talami ottici (Histologie des corps striés et des couches optiques), par MARCHI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc., IV*, 1887).

Les cellules des corps striés sont de deux espèces : grandes et moyennes, et sont pourvues de nombreux prolongements, parmi lesquels on n'en distingue qu'un qui ait des caractères spéciaux : c'est le prolongement nerveux. Tous les autres correspondent aux prétendus prolongements protoplasmatiques. — Les prolongements nerveux se comportent de deux manières différentes. Les uns, à peu de distance de leur origine, perdent leur propre individualité, en se subdivisant en totalité, et en constituant un réseau nerveux très fin (cellules du 2e type). Les autres vont directement constituer le cylindre-axe d'une fibre nerveuse, non sans émettre quelques rameaux délicats qui se perdent dans le réseau nerveux précédemment indiqué (cellules du 1er type). — Dans les deux noyaux du corps strié, on observe les deux types de cellules, mais surtout celles du 2e type. Cette prédominance est du moins prononcée pour le noyau lenticulaire.

Dans les couches optiques, on ne trouve pas de groupes isolés de cellules. Elles sont répandues irrégulièrement dans toute la masse de la substance grise. Elles sont en général grandes et ressemblent beaucoup à celles des cornes antérieures de la moelle épinière. Comme dans les corps striés, elles présentent un unique prolongement nerveux et de nombreux prolongements protoplasmatiques. — Contrairement à ce qui se passe dans les corps striés, ce sont les cellules du premier type qui prédominent dans les couches optiques. DESCOURTIS.

Sul nucleo dentato del cervelletto (Sur le noyau dentelé (corps rhomboïdal) du cervelet), par SACCOZZI (*Riv. sper. di freniatria e di med. leg., vol. XIII, fasc.* 1).

Les noyaux dentelés du cervelet possèdent des cellules des deux types, tels que Golgi les a décrits. Les unes ont de longs prolongements nerveux qui donnent naissance à de nombreux filets latéraux, d'une individualité bien nette, et qui vont directement constituer le cylindre axe d'une fibre nerveuse médullaire. Les autres possèdent un prolongement nerveux unique, qui, en se divisant en une foule de ramuscules, perdent leurs caractères propres, et vont en totalité prendre part à la formation du reticulum nerveux diffus. — La direction que prennent les fibres nerveuses émanées des noyaux dentelés est difficile à fixer. L'auteur a cependant pu en suivre jusque dans les pédoncules cérébelleux moyens. — Or Golgi a trouvé les cellules du premier type en prédominance dans les cornes antérieures de la moelle, et celles du second type surtout dans les cornes postérieures. L'auteur en conclut que le noyau dentelé est un organe de mouvement mais plus encore de sensibilité. DESCOURTIS.

I. — La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés, par PEYTOUREAU (*Broch. Paris*, 1887).

II. — La glande pinéale. Anatomie comparée et fonctions, par GRANEL (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 31, 1887).

III. — Sulla struttura della ghiandola pineale (Sur la structure de la glande pinéale), par CIONINI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg., fasc. IV*, 1887).

I.— Peytoureau, après un historique très détaillé, qui constitue le pre-

mier chapitre de son travail, passe en revue dans le chapitre suivant les formes sous lesquelles se présente chez les tuniciers, les cyclostomes, les poissons, les amphibiens, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, ce diverticule du thalamencéphale, que l'on nomme l'épiphyse. Pour ce faire, il met successivement à contribution les travaux récents de van Beneden et Julin, de Rabl-Rückhard, de de Graaf, de Spencer, de Kraushaar, etc., qui lui permettent d'établir dans un troisième chapitre la signification morphologique de l'épiphyse. Rapportons quelques-unes des plus remarquables conclusions de l'auteur : les ancêtres des vertébrés avaient probablement trois yeux céphaliques, et, selon les groupes zoologiques actuels descendant de ces organismes, c'est le médian ou œil pinéal (larves d'ascidies, pyrosomes adultes), ou les deux latéraux (chordés supérieurs) qui ont persisté ; rarement (salpes), les deux à la fois se sont maintenus; le développement de l'épiphyse est identique à celui des vésicules optiques primaires, mais probablement plus précoce. L'œil frontal des larves d'ascidies et des pyrosomes adultes ; l'œil pinéal des sauriens, qui, plus encore que le précédent, offre avec les yeux une analogie indéniable, et dont l'existence concorde toujours avec la présence dans le crâne d'un trou pariétal ; la glande pinéale des mammifères, œil atrophié, en pleine voie de régression, constitué par un corpuscule de structure épithéliale, dégénéré, ayant acquis les caractères d'une glande vasculaire, la glande frontale de Stredu, que l'on trouve sous les téguments des batraciens, telles sont les formes variées sous lesquelles se présente l'épiphyse, c'est-à-dire ce qu'au point de vue morphologique, on peut appeler le troisième œil des vertébrés : œil ancestral, qui a pu fonctionner comme tel, mais qui, chez tous les chordés actuels, n'est qu'un rudiment, un vestige, sans importance fonctionnelle, même là où, comme chez les sauriens, cet œil a presque la structure histologique d'un œil qui voit. A. PRENANT.

II. — Cet article résume les recherches de Korschelt, Ashborn, Spencer sur l'anatomie comparée de la glande pinéale. Après un aperçu des notions acquises par ces auteurs sur l'anatomie comparée de cet organe, l'auteur, relativement à ses fonctions et à sa nature, mentionne l'hypothèse suivante. Korschelt, s'appuyant sur des faits anatomiques, pense que la glande pinéale représente, chez les vertébrés inférieurs, un organe impair ayant les caractères anatomiques de l'œil des invertébrés; cet organe s'atrophie quand on s'élève dans la série des vertébrés; l'épiphyse et sa dépendance extérieure doivent probablement être considérées comme les parties essentielles d'un organe visuel impair, comparable morphologiquement à la tache pigmentaire de l'amphioxus et des larves d'ascidies.

Faits paléontologiques à l'appui : les sauriens du Trias présentent dans le crâne un orifice correspondant au foramen pariétal. A. DUCAMP.

III. — Les cellules qui forment le stroma principal du conarium ne sont pas de nature nerveuse. Ce sont de simples cellules conjonctives qui empruntent un caractère particulier aux expansions en forme d'entonnoir qui les unissent aux vaisseaux, et surtout à l'absence de prolongements nerveux. Les fibres nerveuses font également défaut dans la glande pinéale, ou bien elles s'y trouvent seulement à un état rudimentaire. La glande pinéale est ainsi formée d'un tissu conjonctif (né-

vroglie). Par suite de l'absence d'éléments nerveux, elle ne peut donc avoir aucune importance fonctionnelle appréciable. DESCOURTIS.

Ueber den Kernursprung des Augenfacialis (Origine du noyau du facial oculaire), par MENDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 913, 28 *novembre* 1887).

Comment expliquer l'intégrité à peu près constante du fonctionnement de l'orbiculaire des paupières et du frontal, dans les cas soit de paralysie faciale d'origine cérébrale, soit de paralysie bulbaire?

Mendel s'est adressé à la physiologie expérimentale pour résoudre la question. Après s'être assuré que l'arrachement, chez des animaux nouveau-nés, de quelques muscles animés par le facial inférieur entraînait une atrophie partielle du noyau d'origine du facial, il a fait l'opération suivante sur un lapin et deux cobayes âgés de 8 jours. Il a extirpé les paupières supérieure et inférieure, y compris l'orbiculaire, et râclé le périoste pour enlever le muscle frontal.

A l'autopsie de ces animaux, pratiquée à l'âge de 5 mois et demi pour le lapin et de 10 mois pour les cobayes, il a constaté l'état de choses suivant :

Intégrité du bulbe oculaire, du tronc et du noyau du nerf facial. Atrophie, au contraire, très nette du noyau du nerf moteur oculaire commun ainsi que de ses cellules.

Mendel en conclut que, chez le lapin et le cobaye, le facial supérieur ne provient ni du noyau facial, comme on l'admet généralement, ni du noyau du moteur oculaire externe, comme certains le veulent, mais bien de la partie postérieure du noyau de l'oculaire commun.

Il reste à savoir si ces conclusions sont applicables à l'homme. En attendant que des faits de paralysie isolée de tout le noyau du moteur oculaire commun accompagnés d'autopsie aient tranché la question, Mendel fait remarquer qu'il y a au moins quelques présomptions en faveur de sa thèse. Il est rare, en effet, que les hémiplégies cérébrales et les paralysies bulbaires atteignent les muscles oculaires.

Du noyau de l'oculaire commun, les fibres du facial supérieur passent dans le faisceau longitudinal postérieur et arrivent ainsi au noyau du facial où elles se mélangent avec les fibres du facial inférieur. J. B.

Die Beziehungen des Nervus facialis zur Gehirnrinde (Les relations du facial avec l'écorce), par EXNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 28 *octobre* 1887).

L'auteur a recherché les voies qui mettent le facial en communication avec l'écorce cérébrale. Il a constaté sur les lapins que les deux centres corticaux du facial ne communiquent ni par l'intermédiaire du corps calleux, ni par d'autres commissures. Les fibres qui vont d'un centre cortical au facial du même côté passent par le pédoncule cérébral et subissent un entre-croisement, comme les autres fibres motrices, avant de parvenir au noyau.

Il y a des fibres qui vont du noyau du facial d'un côté à celui du côté opposé.

Au-dessous du noyau, il y a encore un entre-croisement, de sorte que chaque noyau fournit des filets qui proviennent de l'un et l'autre hémisphère. L. GALLIARD.

Note sur l'anatomie des nerfs de la paume de la main, par Henri HARTMANN (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 860, 1887).

Hartmann a observé sur un nombre considérable de sujets une disposition qu'il n'a trouvée signalée nulle part. Un ou plusieurs des filets palmaires du médian présentent de véritables boutonnières que perforent les artères interosseuses superficielles correspondantes. Parfois il se fait ainsi de longues ellipses. Cela a peut-être de l'importance pour certains faits de sections nerveuses avec conservation de la sensibilité. Hartmann décrit une ellipse de ce genre dédoublant en effet le médian ou le cubital sur toute la longueur de l'avant-bras. A. BROCA.

Neuentdeckte Nerven in der Scheide der Nervenstämme (Nervi nervorum periphericorum), par J. PRUS (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 265, 1887).

L'auteur a employé la méthode d'Ehrlich, les injections intraveineuses de solution aqueuse de 0,5 à 1 0/0 de bleu de méthylène. Les terminaisons nerveuses se colorent en bleu, puis se décolorent progressivement au bout d'un quart d'heure environ. Sur des animaux ainsi injectés, l'examen des nerfs périphériques, surtout de ceux assez peu volumineux pour pouvoir être directement observés sans dissociation, montre que dans la gaine du tronc nerveux se ramifient de nombreux filets nerveux, à direction oblique ou transversale ; ils se subdivisent en fibres de plus en plus déliées. L'auteur pense que les nervi nervorum ont surtout des fonctions de sensibilité, et suppose qu'ils peuvent jouer un rôle dans la localisation des points douloureux des névralgies. A. CHAUFFARD.

De la région ciliaire de la rétine et de la zonule de Zinn, par G. CLAEYS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, décembre* 1886).

L'auteur donne une description complète du ligament ciliaire, de sa constitution et surtout de ses attaches antérieures et postérieures. Il signale, pour la première fois, dans l'œil humain, l'existence de fibres circulaires dans la zonule de Zinn et démontre la non-existence du canal de Petit. F. H.

Recherches sur les relations qui existent entre la courbure de la cornée, la circonférence de la tête et la taille, par BOURGEOIS et TSCHERNING (*Ann. d'ocul.*, *XCV*, *I* 5 *et* 6, *p.* 203).

Les mensurations des rayons de courbures de la cornée ont été faites au moyen de l'ophtalmomètre de Javal et Schiotz, la moyenne a été de $7^{mm},82$. La grandeur du rayon de courbure de la cornée est en raison directe de la taille et de la circonférence de la tête, mais les variations dépendent encore d'autres fonctions, de l'âge, du sexe, de l'état de réfraction ; enfin il est probable qu'il existe une proportion à peu près constante entre le rayon de la cornée et l'axe de l'œil ; Mauthner pensait que la proportion entre ces deux dimensions est comme 1 : 3. F. H.

Van Beneden's Blastoporus und die Rauber'sche Deckschicht, par KEIBEL (*Anat. Anz.*, *II Jahrg.*, *n°* 25).

L'auteur a reconnu l'existence du blastopore décrit par van Beneden chez le lapin; mais cette disposition, il cherche à l'expliquer autrement.

Il rappelle que les œufs de mammifères doivent être comparés à des œufs de sauropsidés, desquels l'énorme vitellus nutritif a disparu. Il part de là pour expliquer et le blastopore de van Beneden, et la couche de Rauber et les dispositions analogues chez les mammifères à feuillets invertis.

Chez les oiseaux, le vitellus n'est pas complètement entouré par le blastoderme. Que cet enveloppement se fasse complètement, que le vitellus disparaisse, on obtiendra un œuf de mammifère, limité par une assise cellulaire (qui représente la couche de Rauber), sauf sur une certaine étendue où le résidu vitellin, qui correspond à l'ébauche embryonnaire (hypoblaste et épiblaste définitif tout ensemble), se trouve à nu. Au point où la couche de Rauber se continue avec le résidu vitellin, il peut se passer différents phénomènes. Les cellules de cette assise de Rauber peuvent avoir assez d'énergie pour s'étendre par-dessus le reste vitellin et donner ultérieurement une gouttière médullaire, et par-dessus celle-ci devenue un canal, s'accroître encore en une lame cutanée, ainsi que cela se passe chez l'Amphioxus. Si le vitellus disparaît complètement, comme cela a lieu chez les mammifères, et s'il existe une inégalité d'énergie entre la couche de Rauber et les cellules du reste vitellin, il se fera une solution de continuité au point où ces deux formations cellulaires adhéraient, puis les cellules de la couche de Rauber plus actives s'étendront par-dessus le reste vitellin plus inerte. Il en résultera d'abord l'apparence du blastopore, et ensuite celle de la vésicule blastodermique limitée partout par une couche cellulaire continue, la couche de Rauber. Enfin les cellules de la couche de Rauber étant douées d'une énergie particulière, au lieu de disparaître comme chez le lapin, se mettent à végéter et produisent l'inversion des feuillets (cochon d'Inde). A. PRENANT.

Die indifferente Anlage der Keimdrüsen beim Hühnchen und ihre Differenzierung zum Hoden (L'ébauche indifférente des glandes germinatives chez le poulet et sa différenciation en testicule), par R. SEMON (*Jenaische Zeitschrift für Naturwissenschaft, Band XXI, Heft* 1-2, 37 *p.*, 1 *pl.*).

Dans l'épithélium germinatif du poulet, Semon trouve des œufs primordiaux, soit isolés, soit par groupes correspondant aux nids à œufs primordiaux de Semper. Ces œufs primordiaux solitaires ou groupés émigrent dans le stroma conjonctif sous-jacent (3e et 4e jour de l'incubation).

En même temps le corps de Wolff pousse sur sa face interne des bourgeons épithéliaux qui s'allongent, se ramifient et s'anastomosent en un réseau de cordons cellulaires; ils représentent les rayons segmentaires, médullaires ou sexuels des auteurs, dont l'origine rénale est indiscutable.

Les rayons segmentaires donc pénètrent dans le stroma de la glande génitale et s'avancent jusqu'à l'épithélium germinatif avec lequel ils contractent bientôt des connexions intimes. C'est alors que les œufs primordiaux de l'épithélium germinatif et ceux qui ont pénétré dans le stroma conjonctif s'enfoncent dans les rayons segmentaires.

La différenciation sexuelle s'établit de la façon suivante : s'il doit se former un testicule, les rayons segmentaires ne diminuent pas d'importance; s'il s'agit, au contraire, d'une glande femelle, les mêmes rayons

s'atrophient. Dans le cas d'un testicule, les rayons segmentaires continuent à recevoir des œufs primordiaux qui se différencient dans l'épithélium germinatif et même dans l'épithélium voisin, mésentérique, par exemple, d'une façon ininterrompue, et non pas en deux temps séparés par une pause, comme le veut Mihalkovics. Cette production d'œufs primordiaux, suivie de leur immigration dans les rayons segmentaires, se poursuit jusqu'à la fin de la deuxième semaine, époque à laquelle ce processus cesse par suite du développement de l'albuginée qui vient séparer les rayons segmentaires de l'épithélium germinatif.

A la fin de la troisième semaine, les rayons segmentaires gagnent une lumière et deviennent les canaux séminifères. La formation de cette lumière se fait suivant le mode qui a été indiqué par Semper; elle est due en grande partie à la disparition d'œufs primordiaux.

Dans un paragraphe terminal, intitulé : « Développement des glandes génitales dans le règne des vertébrés », l'auteur établit les principes suivants :

Dans les deux sexes, le matériel germinatif est formé par l'épithélium germinatif, sous la forme d'œufs primordiaux; la différenciation des cellules épithéliales en ces éléments particuliers, la constitution de ces ovules primordiaux, leur groupement en nids cellulaires sont pareils chez tous les vertébrés. Entre les reins primitifs et l'épithélium germinatif, on voit paraître des rayons cellulaires, dits segmentaires, médullaires ou sexuels, que l'on a fait provenir de l'épithélium germinatif, du stroma conjonctif de la glande, des reins primordiaux enfin; l'auteur se prononce en faveur de cette dernière origine. Quant à la différenciation sexuelle, elle a pour critérium certain le sort des rayons segmentaires ; ceux-ci se développent dans un testicule pour devenir les canaux séminifères, après s'être avancés au contact de l'épithélium germinatif pour y recueillir les ovules primordiaux; dans l'ovaire, au contraire, ils n'atteignent pas cet épithélium et s'atrophient. A. PRENANT.

I. — Neue Untersuchungen uber die Copulation der Geschlechtsprodukte und den Befruchtungsvorgang bei Ascaris megalocephala (Recherches nouvelles sur la copulation des produits sexuels et le phénomène de la fécondation chez Asc. megal.), par ZACHARIAS (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXX, Heft* 1, 71 *pages*, 3 *pl.*).

II. — Uber Abtötung und Färbung der Eier von Ascaris megalocephala (Sur la fixation et la coloration des œufs de l'ascaris megalocéphale), par O. ZACHARIAS (*Anatomischer Anzeiger, janvier* 1888).

III. — Nouvelles observations sur la vésicule germinative et les globules polaires de l'ascaris megalocephala, par van GEHUCHTEN (*Congrès des naturalistes à Wiesbaden*, 21 *septembre* 1887, *Anat. Anzeiger, II Jahr.*, *n°* 25).

I.— La vésicule germinative de l'œuf ovarique renferme un grain chromatique (mitoblaste, nucléole) qui plus tard se divisera en deux ; chacun de ces deux grains, à son tour, se partagera en quatre. On a donc, au moment de la formation de la figure karyokinétique, deux groupes de quatre grains chromatiques chacun ; il se forme deux fuseaux, un pour chaque groupe nucléinien.

Au sujet de la copulation des cellules sexuelles, Zacharias nie sur

l'œuf toute éminence de fixation, tout pôle de réception pour le spermatozoïde ; contre E. van Beneden, il assure que le spermatozoïde peut se fixer en n'importe quel point de la surface de l'œuf. Il reconnaît toutefois que van Beneden, avec son éminence de fixation, peut, mieux que lui, expliquer ce fait qu'il ne pénètre qu'un spermatozoïde dans l'œuf.

Au moment de la formation du premier globule polaire, il y a donc dans l'œuf deux demi-fuseaux achromatiques, avec 2 moitiés de mitoblaste de quatre grains chacune. La figure karyokinétique ainsi constituée est disposée d'une façon variable ; le plus souvent les deux demi-fuseaux sont parallèles entre eux ; mais ils peuvent avoir la forme de tonneaux et être unis à leurs extrémités polaires. Souvent ils convergent l'un vers l'autre, de telle sorte qu'ils ont un pôle commun ; que quelques-uns des filaments des demi-fuseaux s'étendent au delà du point de convergence, et la figure ypsiliforme de van Beneden, dont cet auteur a voulu faire un type spécial, sera réalisée. Zacharias est d'accord avec van Beneden pour dire que chacun des amas de quatre grains qui constituent la figure, fournit deux sphérules au globule polaire, tandis que Carnoy a soutenu, on le sait,que la chromatine d'un demi-fuseau est tout entière éliminée. Le fuseau, au moment de l'émission du globule polaire, est radial et non tangentiel, comme Nussbaum l'avait déjà reconnu ; les éléments chromatiques quittent la plaque équatoriale et gagnent les pôles tout comme dans une karyokinèse normale. La séparation des éléments nucléiniens ne se faisant pas dans le plan équatorial, ainsi que van Beneden l'avait vu, il n'y a pas lieu de parler ici avec cet auteur d'une « pseudokaryokinèse ». Toutefois si les éléments chromatiques ne subissent pas toutes les transformations que l'on observe d'habitude aux diverses phases de la mitose, cela est dû à ce que le rejet d'un corpuscule polaire n'est pas une division cellulaire égale, mais plutôt une fragmentation.

Quand, par un processus identique à celui qui a servi à constituer le 1er globule polaire, le 2e globule s'est formé, il ne reste plus dans l'œuf que deux grains chromatiques femelles tout à fait comparables au mitoblaste mâle qui est, lui aussi à ce moment, représenté par deux grains chromatiques.

La fig. 13 du travail de Zacharias représente la conjugaison des deux mitoblastes mâle et femelle, au moment qui suit l'expulsion du 2e globule polaire. De cette conjugaison résultent deux espèces de noyaux, entourés à distance d'une sorte de membrane ; chacun des noyaux est constitué d'un mitoblaste qui à présent possède 2 fragments, où la chromatine mâle est mélangée de la façon la plus intime à la chromatine femelle ; chaque noyau consiste alors, pour la moitié de sa substance, en une chromatine d'origine mâle, pour l'autre moitié, en une chromatine de provenance femelle. De tels noyaux ne méritent plus le nom de pronucleus ; ce sont beaucoup plutôt des noyaux de conjugaison au sens propre du mot. Au lieu d'un seul noyau de segmentation, on trouverait chez Ascaris megalocephala deux demi-noyaux distincts. Par là se trouve expliqué le fait constaté par van Beneden : « Les deux pronucleus ne se confondent jamais. » Ils se confondent au contraire, mais à une époque antérieure à celle où van Beneden recherchait leur fusion. Par là aussi,la loi posée par Hertwig : « Une partie figurée du noyau du spermatozoïde doit s'unir

avec une partie figurée de l'œuf », reçoit une nouvelle confirmation.

Il peut arriver cependant qu'à cette époque, la conjugaison des deux mitoblastes ne se fasse pas, et qu'elle soit beaucoup retardée.

Il peut se faire d'autre part que le résultat de la conjugaison sexuelle soit non pas deux demi-noyaux de segmentation, mais un noyau unique; à cet égard Nussbaum, Carnoy et Zacharias s'opposent à van Beneden. Quoi qu'il en soit, le processus karyokinétique se passe, dans les deux cas, d'une même façon; et lorsque la membrane nucléaire s'est dissoute, on ne peut plus distinguer si ce sont deux demi-noyaux ou un seul qui ont préludé à la karyomitose. Zacharias affirme l'existence de la division longitudinale des anses chromatiques, niée par Carnoy.

D'une façon générale, il attire l'attention sur ce qu'il appelle le « dualisme germinatif », remarquant que successivement on voit paraître deux fragments chromatiques dans le mitoblaste femelle, puis deux groupes de quatre grains chacun, deux grains chromatiques dans le mitoblaste mâle, deux demi-fuseaux, deux globules polaires, souvent eux-mêmes partagés en deux moitiés, deux noyaux de segmentation enfin. Il s'élève aussi contre cette idée que le spermatozoïde et l'œuf sont des cellules homologues, et les regarde comme des « cellules complémentaires », non équivalentes, dont l'une unie à l'autre = 2. A. PRENANT.

II. — Le procédé que Zacharias avait employé dans ses recherches sur la copulation des produits sexuels, et la fécondation chez l'ascaris megalocephala et qu'il avait tenu secret jusqu'alors est le suivant:

Des fragments d'utérus sont plongés dans ce liquide composé de: alcool fort, 4 volumes; acide acétique glacial, 1 volume, auquel on ajoute quelques gouttes d'une solution d'acide osmique à 1 0/0 (2 à 3 gouttes pour 10 centimètres cubes), et un peu de glycérine ou de chloroforme. Après un séjour variable dans un réactif (suivant le stade qu'il s'agit de fixer), les pièces sont portées dans l'alcool absolu (2-3 heures), puis dans l'alcool à 70°.

Ensuite on les colore soit avec le carmin acétique qui agit rapidement mais ne donne pas de coloration durable (acide acétique étendu de 1/2 d'eau carmin à saturation, filtrer plusieurs fois et ajouter 1 goutte acide pyroligneux par 10 centimètres cubes de solution), soit avec le carmin alcoolique de Grenacher qui n'a pas cet inconvénient.

On obtient aussi des préparations très instructives à l'aide d'une double coloration par le carmin alcoolique et le vert de méthyle (en solution aqueuse à 2 0/0). A. NICOLAS.

III. — Dans cette note, l'auteur compare ses résultats et ceux de Carnoy d'une part avec ceux de Zacharias et de Boveri d'autre part.

Tandis que, pour Zacharias, il n'y a d'abord dans la vésicule germinative qu'une tache germinative qui se divise plus tard en deux globules, puis, chacun de ceux-ci en quatre, de telle sorte que finalement la vésicule germinative contient deux taches de Wagner, formées chacune de quatre éléments nucléiniens globulaires, tandis que, pour Boveri, il existe dès le début deux taches de Wagner, d'abord homogènes, qui se montrent secondairement formées de quatre bâtonnets chacune, la vésicule germinative a paru à van Gehuchten contenir un filament nucléinien irrégulier qui plus tard se scinde en huit tronçons bientôt groupés en deux taches de Wagner.

La première figure cinétique est dimidiée, c'est-à-dire formée de deux demi-fuseaux ; Gehuchten et Carnoy se trouvent donc sur ce point d'accord avec Zacharias contre Boveri. Cette figure disparaît après dislocation et il en paraît une nouvelle « le fuseau de séparation » de Carnoy, qui remplace l'ancien fuseau, puis le premier globule polaire se sépare de l'œuf à l'aide d'une plaque cellulaire ou d'un étranglement. C'est un fait important à noter que celui-ci, sur lequel sont unanimes Carnoy, Zacharias et l'auteur : des huit bâtonnets qui existaient primitivement dans la vésicule germinative, six sont expulsés *in toto* pour la formation des globules polaires, les deux derniers étant maintenus dans l'œuf. Les cinèses qui ont présidé aux phénomènes de maturation se sont donc effectuées, sans qu'il y eût ni scission en travers, ni division longitudinale des éléments nucléiniens ; fait dont il est superflu de faire ressortir toute l'importance, au point de vue de la valeur de la caryocinèse.

Enfin, l'auteur s'accorde avec Carnoy et Zacharias pour affirmer contre van Beneden que les prétendus pronuclei de ce dernier observateur, qui ne doivent pas se conjuguer selon lui, ne sont autre chose que des demi-noyaux de segmentation formés par la conjugaison préalable des pronuclei, et par conséquent ne devant plus se fusionner. C'est l'état habituel du noyau de segmentation de se composer de deux demi-noyaux ; exceptionnellement, il n'y a qu'un seul noyau de segmentation.

A. PRENANT.

Untersuchungen an den ersten Entwicklungsstadien von Säugethieren (**Recherches sur les premiers stades du développement des mammifères**), par **E. v. BENEDEN** (*Anat. Anz.*, 1/11, *n°* 11 ; *et Jahresber. der Anat. u. Phys.*, 1887).

Van Beneden décrit chez le lapin, la souris et le murin le canal chordal découvert par Lieberkühn chez Talpa et Cavia. Le toit de ce canal est formé d'une couche de cellules cylindriques disposées en une plaque, qui adhère étroitement au fond de la gouttière médullaire ; la chorde se forme exclusivement aux dépens de cette plaque qui est l'homologue de l'entoblaste chordal d'Hertwig ; cette plaque chordale à droite et à gauche se continue avec les plaques latérales somatiques du mésoderme. Le plancher du canal est constitué par une masse cellulaire, plus tard soudée avec l'hypoblaste sous-jacent, qui latéralement se continue avec les plaques latérales splanchniques du mésoblaste. Le canal chordal s'ouvre chez le lapin et la souris à l'extérieur, au niveau de l'extrémité antérieure de la ligne primitive. Sur la face antérieure de cette ouverture, qui correspond au futur canal neurentérique, la plaque médullaire s'infléchit par en dessous pour se continuer avec la chorde dorsale.

La gouttière primitive est limitée à droite et à gauche par une lèvre le long de laquelle l'épiblaste épaissi adhère et se continue avec la couche externe (somatique) du mésoblaste. Le fond de la gouttière primitive est formé par une masse cellulaire qui, sur les côtés, adhère avec la couche profonde (splanchnique) du mésoblaste ; cette masse cellulaire, à l'extrémité antérieure de la ligne primitive, fait une saillie que l'on peut comparer au bouchon vitellin des amphibiens.

Les parois du canal chordal et celles de la gouttière primitive, et, par suite, le conduit et le sillon eux-mêmes, se continuent exactement l'un

par l'autre. Le canal chordal en cette situation représente l'invagination gastruléenne des amphibiens, dont la ligne primitive est le blastopore.

A. PRENANT.

Die Metamerie des Kopfes und die Wirbeltheorie des Kopfskelettes (La métamérie de la tête et la théorie vertébrale du squelette céphalique), par GEGENBAUR (*Morph. Jahrbuch, Band XIII, Heft* 1, 112 *p.*).

Ceux qui ont voulu nier la valeur de la théorie vertébrale du crâne n'ont cependant rien trouvé à mettre à sa place pour expliquer la présence, à l'extrémité de la colonne vertébrale, d'une formation, le crâne, étrangère à elle et autrement conformée; de plus à nier que le crâne fût de nature vertébrale, ils se refusaient à reconnaître l'évidence d'une métamérie que montrent suffisamment les arcs branchiaux, par exemple, et étaient amenés à la constatation contradictoire d'un crâne non métamérisé et d'exemples d'une métamérisation indubitable. Il ne faut donc pas se limiter à la considération des formations squelettiques, mais envisager aussi d'autres organes, les nerfs en premier lieu ; la question de la théorie vertébrale du crâne s'élargissant ainsi devient celle de la métamérie de la tête tout entière.

Gegenbaur considère successivement :

1° *Les métamères mésodermiques et leurs dérivés ;*

2° *Les arcs branchiaux et les fentes qui les séparent.* L'auteur combat ici la théorie des organes des sens branchiaux, c'est-à-dire dérivés de branchies rudimentaires. La fossette olfactive, dont Dohrn a fait une fente branchiale préorale, soutenu en cela par Marshall et Blaue, n'en est pas une. La cavité buccale n'a pas davantage la signification de deux fentes branchiales accolées et confondues en une cavité unique. Plus hypothétique encore est la nature branchiale de la vésicule auditive, du cristallin. La glande thyroïde, l'hypophyse ne sont pas d'une façon plus certaine des dérivés branchiaux. Gegenbaur ne reconnaît de fondée que la nature branchiale de l'organe décrit par V. Bemmelen chez certains sélaciens sous le nom de « corps suprapéricardiaque »; celui-ci dériverait d'une septième fente branchiale, située derrière les six fentes persistantes;

3° *La disposition réciproque des formations métamériques dorsales et ventrales;*

4° *Les nerfs.* Les nerfs céphaliques offrent tous, sauf les deux premiers, des marques évidentes d'une disposition métamérique. Le nerf olfactif dont Marshall et Board ont fait un nerf comparable aux nerfs spinaux, se fondant en particulier sur son mode de développement et celui de son ganglion, n'a pas pour Gegenbaur une pareille signification. Gegenbaur, passant successivement en revue les nerfs crâniens, cherche comment on doit les grouper, et comment, au point de vue de la métamérisation, il convient de les comprendre; nous ne pouvons suivre l'auteur dans les détails de cette critique;

5° *Les formations squelettiques :* A) la chorde dorsale, dont la partie crânienne serait métamérisée suivant Kölliker; B) le crâne, à la base duquel Froriep a signalé l'existence de vertèbres dont une persistante deviendrait la vertèbre occipitale; C) les arcs branchiaux.

Gegenbaur termine par un paragraphe consacré à des considérations générales.

A. PRENANT.

Markirversuche am Scheitel, Hirn-und Nasenbein der Kaninchen (Recherches sur le développement des os du crâne chez le lapin), par Julius WOLFF (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CI*, *Heft*, 3, *p.* 572).

L'auteur, en établissant des points de repère à la surface des différents os du crâne du lapin pendant sa période d'accroissement, constate que l'accroissement des os par leurs bords n'est pas assez rapide pour expliquer à lui tout seul l'augmentation de volume du crâne. Il signale un processus d'agrandissement de la cavité crânienne qui avait passé inaperçu. Les os du crâne se résorberaient par leur face interne, et s'accroîtraient par leur surface externe. La lame externe de l'os, une fois formée, se raréfie pour devenir le diploé; ce même diploé se condense ensuite pour former la table interne et celle-ci se détruit au contact de la dure-mère au fur et à mesure qu'elle gagne sur le diploé. Il semble donc que l'os se déplace ainsi parallèlement à lui-même de dedans en dehors, les parois crâniennes s'éloignant pour accroître la cavité encéphalique. P. GALLOIS.

Ueber die Arterienbogen der Wirbelthiere (Sur les arcs artériels des vertébrés), par BOAS (*Morph. Jahrbuch*, *Band XIII*, *Heft* 1, 3 *p.*, 1 *pl.*).

L'auteur, étudiant les homologies des arcs artériels chez les Ganoïdes, les larves d'Amphibiens et Amphibiens adultes, les Amniotes enfin, est conduit aux remarques suivantes :

A l'état fœtal, il existe 6 arcs artériels dont les deux premiers, appartenant aux arcs viscéraux maxillaire et hyoïdien, disparaissent de bonne heure. Le 3e arc artériel donnant naissance chez les Amphibiens aux carotides est l'homologue du 3e arc des Amniotes qui fournit les mêmes vaisseaux. Aux dépens du 4e arc se développent chez les Amphibiens et les Amniotes les crosses ou la crosse aortique.

Le 5me arc artériel des larves d'Amphibiens disparaît chez l'adulte sans laisser de traces, et c'est le n° 6 qui donne, chez les Amphibiens, l'artère pulmonaire. Chez les Amniotes, l'on ne connaissait d'abord que 5 arcs artériels primitifs, dont le dernier fournissait, pensait-on, l'artère pulmonaire. De là, absence d'homologie entre l'artère pulmonaire des Amphibiens, émanée d'un 6e arc artériel fœtal (4me de l'adulte) et celle des Amniotes, issue d'un 5e arc artériel fœtal (3e de l'adulte). L'auteur, croyant fermement à une homologie nécessaire des artères pulmonaires dans l'un et l'autre groupe, pense qu'un arc artériel primitif a passé inaperçu chez les Amniotes; cet arc situé entre le 4me et le prétendu 5me porterait le n° 5; le 5me arc des Amniotes, donnant l'artère pulmonaire, deviendrait le 6me et dernier de ces animaux. L'artère pulmonaire naîtrait ainsi dans les Amphibiens et les Amniotes du même arc, le 6me. C'est ce que Van Bemmelen a montré pour les reptiles et les oiseaux, dont les embryons possèdent un arc, ignoré des anciens auteurs, qui doit être numéroté 5me, et est suivi de l'ancien 5e arc, désormais le 6e. Il reste à trouver cet arc fœtal chez les mammifères. A. PRENANT.

Recherches sur le cartilage hyalin, par Omar van der STRICHT (*Archives de Biologie*, *t. VII*, *fasc.* 1, 1887).

Les études de l'auteur ont porté sur le cartilage de la rotule de l'enfant

nouveau-né, sur le cartilage articulaire de pieds de veau, sur le cartilage de la trachée-artère du bœuf, sur le cartilage céphalique et vertébral de sélaciens (*Spinax acanthias*), sur le cartilage articulaire de la tête du fémur et de l'humérus de la grenouille, sur le cartilage de la tête de céphalopode (*Loligo*), sur divers cartilages entrant dans la constitution des larves de salamandre, enfin, sur le cartilage articulaire appartenant aux articles osseux du pied humain. L'acide chromique lui a donné les résultats les plus satisfaisants. Les solutions concentrées (25 à 30 0/0) dissolvent la substance fondamentale et montrent bien les détails de structure, mais ont l'inconvénient de trop ratatiner les éléments. Van der Stricht préfère les solutions à 1 0/0 agissant pendant un ou plusieurs jours; il a employé aussi le nitrate d'argent et le chlorure d'or.

Après avoir exposé brièvement les diverses opinions émises touchant la structure du cartilage hyalin et montré combien les auteurs sont peu d'accord sur la constitution fibrillaire de la substance fondamentale, l'existence des canalicules nourriciers et des prolongements cellulaires, l'auteur donne le résultat de ses propres recherches.

La substance fondamentale n'est pas homogène; dans tous les cartilages étudiés par van der Stricht, l'emploi des réactifs ordinaires a décelé une structure fibrillaire. La nature collagène des fibrilles ressort de deux faits constatés chez les sélaciens; leur continuité avec les fibrilles conjonctives de la surface des vertèbres, et leur ressemblance parfaite et leur continuité avec celles des canaux médullaires du cartilage.

Les canalicules nourriciers de Budge n'existent pas; ce ne sont que des faisceaux fibrillaires sur le trajet desquels les cellules cartilagineuses sont situées. Ces faisceaux ont une tendance à former un réticulum, dont les mailles sont occupées par une substance fondamentale fibrillaire. L'auteur conclut avec Reliweeff que le cartilage hyalin a une structure semblable à celle du tissu conjonctif; comme dans ce dernier tissu, les cellules sont situées sur le trajet des faisceaux fibrillaires.

Dans le cartilage céphalique du *Loligo*, existent des prolongements cellulaires très nombreux, formant, en s'anastomosant, un réticulum à mailles nombreuses. Le cartilage des sélaciens, le cartilage articulaire du veau, au niveau de la zone à capsules lenticulaires et de celle à capsules sphériques, enfin le cartilage de la rotule de l'enfant nouveau-né présentent des cellules à prolongements s'anastomosant rarement entre eux. Les prolongements cellulaires sont renfermés dans des canalicules à parois propres, continuation de la paroi cellulaire. L'auteur n'a pu voir les fins prolongements et le réticulum décrit par Heitzmann.

Ce que les auteurs ont désigné depuis longtemps sous le nom d'emboîtement des capsules cartilagineuses est une structure lamellaire propre à la substance fondamentale du cartilage. Ces lamelles sont constituées par des fibrilles; à côté des faisceaux fibrillaires intercapsulaires, il y a d'autres fibrilles qui relient les lamelles. La substance interlamellaire semble être identique au ciment interfibrillaire.

Le tissu cartilagineux a donc des points de ressemblance très remarquables avec le tissu osseux; mais, tandis que dans celui-ci les sucs nourriciers arrivent aux éléments osseux par les canaux de Havers et les canalicules primitifs, dans le tissu cartilagineux, il n'y a pas de canaux

pour les liquides nutritifs, qui n'arrivent aux cellules que par diffusion à travers toutes les parties constituantes de la substance fondamentale.

F. HENNEGUY.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Mastzellen im Nervensystem des Menschen (Sur la présence et la signification des cellules dites d'engraissement dans le système nerveux de l'homme), par Th. ROSENHEIM (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 3, *p.* 820).

Ehrlich a décrit des cellules à caractères histologiques tout à fait spécifiques, qu'on met en évidence par l'emploi des couleurs basiques d'aniline: protoplasma constitué par des granulations irrégulières imprégnées de couleur, au centre duquel se voit le noyau, sous forme d'une tache claire, non imprégnée de couleur; grande résistance à l'action décolorante des acides. Ces cellules se développent aux dépens des corpuscules conjonctifs ; on les rencontre principalement dans l'intestin où leur présence est constante. Elles se multiplient sous l'influence de toute suractivité locale de la nutrition, résultant soit d'une inflammation chronique, soit d'un autre trouble nutritif (induration brune), soit d'un travail de néoplasie (carcinome); de là leur nom de cellules d'engraissement (*Mastzellen*).

Rosenheim a constaté la présence de ces cellules dans les centres nerveux et dans les nerfs de l'homme, à l'état physiologique. Elles n'apparaissent dans ces organes qu'au delà de la cinquième année de l'existence, mais ne deviennent nombreuses qu'à partir de l'âge mûr. Leur nombre augmente considérablement dans certaines circonstances pathologiques. Il en était ainsi dans un cas de névrite multiple observée par l'auteur. On peut conclure de ces faits que la constatation de ces cellules dans le système nerveux d'un sujet qui n'a pas atteint l'âge de cinq ans, comme aussi la présence d'un grand nombre de ces cellules dans le système nerveux d'un sujet qui n'a pas encore atteint l'âge mûr, est une preuve de l'existence d'un trouble nutritif des éléments nerveux.

E. RICKLIN.

Sulla genesi delle Fibre elastiche, par S. PANSINI (*Progresso medico. Napoli*, 1887).

Les fibres élastiques dérivent d'éléments cellulaires qui, par suite de leurs transformations, peuvent être considérés comme des éléments spéciaux. Le processus de transformation consiste en un allongement de la cellule qui porte d'abord sur son protoplasma, puis sur le noyau. Les éléments ainsi modifiés émettent des prolongements latéraux qui se soudent et c'est ainsi que se forment les réseaux élastiques ; les fibres isolées prennent naissance par soudure en série linéaire des cellules modifiées. Ce mode de développement est d'ailleurs commun à tous les éléments élastiques ; on le rencontre dans le tissu conjonctif aussi bien que dans les organes essentiellement élastiques, on l'observe dans le périnèvre, dans les tendons, la dure-mère, le derme, le centre tendineux du diaphragme, etc.

Les fibres élastiques une fois formées, croissent comme telles; il suffit pour s'en convaincre d'examiner comparativement des tissus élastiques chez l'embryon et chez l'adulte.

Enfin les fibres élastiques du ligament de la nuque, chez les grands mammifères, ou des ligaments jaunes, chez l'homme, ne sont pas unies par une substance cimentante, mais par un réticulum conjonctif d'une grande finesse qui sert de charpente à des vaisseaux et à des éléments cellulaires. Ce réseau très important au point de vue de la circulation des sucs nutritifs, joue encore un rôle considérable dans la formation et l'accroissement des faisceaux élastiques. A. NICOLAS.

Beiträge zur Histologie des Haares und Haarbalges (Contribution à l'histologie du poil et de son follicule), par **MERTSCHING** (*Arch. für mikr. Anat., Band XXXI, Heft* 1, 21 *p.*, 2 *pl.*, 1887).

La membrane vitrée se prolonge par la membrane basale de l'épiderme d'une part, et d'autre part sur la papille du poil. Elle est formée de deux couches, l'externe amorphe, l'interne striée et nucléée. Celle-ci paraît constituée par des prolongements cellulaires modifiés, émis par les éléments profonds de la couche de Malpighi; on voit, en effet, la base de ces cellules pousser des filaments qui pénètrent dans la membrane vitrée avec laquelle ils se continuent directement (disposition déjà signalée par Davidoff sur l'intestin, où les cellules épithéliales se prolongent pour contribuer à la formation de la membrane basale sous-jacente). L'auteur compare ce fait à celui que l'on observe dans le canal sécréteur des glandes sudoripares, où il a vu les fibres musculaires sous-épithéliales découvertes par Ranvier se continuer avec les cellules épithéliales, dont elles paraissent de simples émanations. La présence de filaments et de noyaux dans la membrane vitrée rapproche donc cette membrane de la couche fibreuse (musculaire?) des canaux des glandes sudoripares.

La gaine externe de la racine du poil ne se termine pas, comme on le croyait, en se confondant et se perdant dans le bulbe du poil; mais elle se réduit, vers la hauteur du collet de la papille, à deux couches, dont la profonde, formée de cellules cylindriques, se continue sur toute la papille, tandis que l'assise superficielle se continue avec la matrice des cellules corticales du poil qui forme la masse principale du bulbe pileux.

L'axe de la substance médullaire du poil est occupé par un prolongement connectif de la papille, entrevu par Reissner. Perpendiculairement à cet axe sont disposées les cellules de la moelle, qui sont la continuation des éléments cylindriques qui revêtent la papille.

Ainsi les cellules de la couche de Malpighi (gaine externe du poil) s'incurvent autour du collet de la papille pileuse : les profondes pour se continuer avec le revêtement épithélial cylindrique de la papille, et, par suite, avec la moelle qui n'est que le prolongement de ce dernier; les superficielles pour former la matrice de l'écorce du poil. De même les cellules de l'épiderme sus-jacentes à la couche de Malpighi (gaine interne du poil), se disposant sur deux assises, dont l'externe est connue sous le nom de couche de Henle, l'interne sous celui de couche de Huxley, et prenant peu à peu les caractères des éléments de ces deux couches, s'incurvent autour du pédicule de la papille, en perdant les caractères qui les avaient distingués dans les formations sus-citées, et se relèvent pour constituer, en éprouvant une différenciation nouvelle, l'une l'épidermicule du poil, l'autre l'épiderme de la gaine interne. La gaine in-

terne et ses prolongements (épidermicule et épiderme) sont, d'ailleurs, la continuation du stratum lucidum seul; car le stratum corneum s'arrête à l'orifice du follicule; c'est ce que montrent des coupes traitées par la méthode de coloration de Norris et Shakespeare.

L'auteur fait observer, et cela est assez évident pour qu'il soit superflu d'y insister, combien les données qu'il apporte, mises en lumière par des figures fort démonstratives, changent la manière dont nous devons comprendre le poil et son follicule, puisqu'il montre que les assises de ceux-ci sont la continuation exacte, couche à couche, des diverses assises de l'épiderme. A. PRENANT.

Recherches sur la structure des fibres musculaires chez les Edriophtalmes, par R. KŒHLER (*Journ. de l'Anat. et de la Phys., n° de mars* 1887).

On sait que, chez tous les animaux étudiés jusqu'ici, la substance musculaire (fibrilles primitives) apparaît toujours dans la région périphérique de la cellule myogène, puis gagne de proche en proche le centre de cette cellule, de sorte que, lorsqu'il reste une certaine quantité de protoplasma embryonnaire non différencié, il occupe l'axe du faisceau de fibrilles. Même chez les animaux où les fibres musculaires offrent des dispositions anormales, comme chez les nématodes et les Echinorynques, la substance contractile prend toujours naissance dans la région périphérique de la cellule myogène, et, si elle ne se développe parfois que sur une partie de cette périphérie, toujours est-il qu'elle n'est jamais enveloppée par le protoplasma. Or chez les crustacés Edriophtalmes (Isopodes et Amphipodes) les choses se passent d'une manière toute différente. La substance contractile est située dans la région centrale de la cellule musculaire du faisceau primitif et se trouve entourée d'un manchon plus ou moins épais de protoplasma qui s'étend entre la substance contractile et le sarcolemme. L'auteur décrit et précise avec soin les détails divers que présente, selon les espèces, cette relation nouvelle entre les fibrilles contractiles et le protoplasma, relation dont il nous suffit ici d'avoir indiqué les rapports généraux pour montrer l'importance de ces faits en histologie et histogénèse comparées. M. DUVAL.

A propos des gaines séreuses annexées aux tendons des muscles radiaux externes, par DEBIERRE et ROCHET (*Archiv. de physiologie*, 15 *février* 1887).

Il n'existe qu'une gaine séreuse annexe des tendons radiaux. C'est celle qui est décrite dans les classiques, à la face dorsale du poignet. Cette gaine est double ou unique; quand elle est unique, et c'est le cas le plus fréquent, elle communique toujours avec celle du long extenseur. Elle est parfois divisée en deux gaines distinctes : l'une pour le tendon du premier radial, celle-là parfaitement isolée des gaines voisines, l'autre pour les tendons du deuxième radial et qui communique constamment avec celle du long extenseur du pouce.

La gaine antibrachiale, décrite par M. Lager, est artificielle; ce qui en impose pour une gaine, c'est du tissu cellulaire péri-tendineux qu'on décolle par l'insufflation.

La bourse séreuse située au-dessous des tendons du long abducteur et du court extenseur, entre ceux-ci et les tendons radiaux, est constante

ou paraît telle; elle ne paraît donc pas d'origine professionnelle et elle existe même chez le fœtus.

L'aï douloureux, dont le siège ordinaire, pour ne pas dire exclusif, est non pas au poignet, mais à l'avant-bras, a pour point de départ, non pas une gaine tendineuse, mais la bourse séreuse située au-dessous des tendons réunis du long abducteur et du court extenseur du pouce. A GILBERT.

Die Synovialsäcke und Sehnenscheiden in der Hohlhand (Synoviales carpiennes et gaines vaginales des fléchisseurs des doigts), par Alfons von ROSTHORN (*Arch. f. klin. Chir., Band XXXIV, Heft* 4).

L'auteur a examiné une centaine de mains et il a fait les injections avec la matière de Teichmann. Sur beaucoup de points, il ne fait que confirmer les travaux les plus connus.

Chez les nouveau-nés, les cinq doigts possèdent des gaines vaginales absolument indépendantes des grandes synoviales carpiennes. Ce n'est que plus tard que les gaines du petit doigt et du pouce se mettent en communication avec les synoviales carpiennes internes et externes; les gaines des trois autres doigts restent indépendantes.

Les tendons du fléchisseur sublime ne se comportent pas tous de la même façon. D'ordinaire, les tendons des 2e et 3e doigts sont dépourvus de gaine. Cependant, on trouve assez souvent la «synoviale médiane antérieure du tendon superficiel de l'index» ; au contraire, les tendons des 4e et 5e doigts sont compris dans la synoviale carpienne interne.

Outre les deux grandes synoviales carpiennes, l'auteur a constaté quelquefois l'existence d'une troisième synoviale qui, le plus souvent, est extrêmement petite, mais qui, dans certains cas, peut accompagner le tendon fléchisseur profond de l'index. C'est notre troisième synoviale profonde.

Quant à la prétendue communication des synoviales carpiennes interne et externe, l'auteur ne l'a jamais observée.

Rosthorn décrit ensuite très minutieusement les rapports des culs-de-sac synoviaux, et le mode de communication qui s'établit entre les gaines des 1er et 5me doigts et les grandes synoviales carpiennes. PIERRE DELBET.

PHYSIOLOGIE.

Das Rindenfeld des Facialis und seine Verbindungen bei Hund und Kaninchen (Le champ cortical du facial et ses connexions chez le chien et chez le lapin), par S. EXNER et J. PANETH (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLI, p.* 349).

Le champ cortical du facial, chez le chien, comprend la circonvolution latérale au gyrus sigmoïde. L'excitation de cette région produit des contractions dans les muscles orbiculaires des paupières des deux côtés. En reprenant ces expériences, les auteurs n'observaient plus que des secousses du côté opposé; l'action croisée se produisait seule. D'autre

part, on remarque que l'excitation de la dure-mère provoque un clignement du même côté ; cela se produit quel que soit le point de la dure-mère qui est excité, et quelle que soit la nature de l'excitation, bien que l'effet soit plus marqué pour les parties antérieures du cerveau. Le courant électrique excitateur peut être choisi assez faible pour que cette contraction de l'orbiculaire des paupières soit la seule manifestation qui s'observe. La connaissance de ce réflexe de la dure-mère sur l'orbiculaire palpébral du même côté ne doit pas être perdue de vue. Chez le lapin, au contraire, l'excitation du champ cortical du facial détermine une contraction croisée et aussi directe ; cette dernière plus faible. L'incision pratiquée avec des ciseaux courbes, entre l'écorce et la couche sous-jacente de faisceaux blancs, fait disparaître le phénomène des deux côtés. Une section médiane de la moelle allongée entre la pointe du calamus scriptorius et les tubercules quadrijumeaux antérieurs, fait disparaître le phénomène des deux côtés. Le trajet des fibres qui relient l'écorce aux muscles faciaux est déterminé d'après cette condition. Les fibres parties de la zone corticale droite vont, par trajet croisant, au noyau gauche et, de là, dans le nerf gauche ; au niveau du noyau gauche, elles envoient par entrecroisement des fibres dans le nerf droit. Chez le chien, la section transversale faite en avant de la pointe du calamus scriptorius laisse subsister l'effet de l'excitation corticale qui ici est croisé ; la section longitudinale faite quelques millimètres plus haut le fait disparaître.

DASTRE.

Recherches sur la régulation de la température chez les pigeons privés d'hémisphères cérébraux, par G. CORIN et A. van BENEDEN (*Archives de biologie, VII, p.* 265, *et Trav. lab. physiol., Liège,* 1886).

La courbe diurne de la température rectale est exactement la même chez les pigeons intacts et chez ceux qui ont subi l'ablation des hémisphères cérébraux. Le maximum (43°,1 à 43°,2) s'observe vers quatre heures de l'après-midi ; le minimum (41°,05), vers trois à quatre heures du matin. L'ablation des hémisphères cérébraux ne modifie pas non plus le rayonnement calorifique, comme le montrent les résultats des expériences faites avec le calorimètre à air d'Arsonval, et laisse intacte la régulation de la température interne par variation dans l'intensité des combustions respiratoires.

L'action du froid extérieur exerce sur la production de CO^2 la même action excitante chez les pigeons privés d'hémisphères cérébraux que chez les pigeons intacts.

Les auteurs ont employé, pour leurs expériences de respiration, un petit appareil permettant de doser rapidement la totalité du CO^2 produit par l'animal. Nous renvoyons à l'original pour la description de cet appareil.

LÉON FREDERICQ.

De l'influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille, par MISLAWSKY (*Soc. biol.,* 2 *avril* 1887).

L'auteur conclut de ses recherches que l'écorce grise a une double action :

1° Elle produit une dilatation active en agissant sur le centre dilatateur des pupilles;

2° Elle a une action dépressive sur le centre constricteur des pupilles placé dans les tubercules quadrijumeaux toniquement excité, action qui a pour effet une dilatation indirecte des pupilles. C. WALTHER.

Contribution à l'étude des ganglions intervertébraux, par PREJALDINO (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgiqué, septembre* 1887).

L'auteur a expérimenté, chez le chien et la grenouille, si les cellules des ganglions intervertébraux, comme celle des centres nerveux, présentent comparativement aux nerfs une faible résistance aux troubles circulatoires, et si elles subissent une influence spéciale des divers poisons de ses recherches. Prejaldino croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les ganglions intervertébraux, isolés de la circulation, continuent à laisser passer l'influx nerveux pendant un temps considérable : 40 à 50 heures chez la grenouille, 10 à 20 heures chez le chien. Les ganglions opposent une plus grande résistance au passage de l'influx nerveux; à mesure qu'ils sont isolés pendant un temps plus considérable, les cellules subissent des phénomènes de dégénérescence. Chaque fibre nerveuse est interrompue au niveau du ganglion, car, lorsque le ganglion oppose une résistance absolue au passage de l'influx nerveux, l'irritation du nerf centripète ne provoque plus de réflexes, tandis que celle de la racine postérieure en détermine encore. Les alcaloïdes, strychnine, morphine, atropine, semblent rester sans action sur le passage de l'influx nerveux au niveau des ganglions, qui, de même que les nerfs, sont moins sensibles que les centres nerveux à l'action des alcaloïdes. F. H.

Zur Physiologie der Spinalganglien, par JOSEPH (*Berlin. klin. Woch., n°* 34, *p.* 639, 22 *août* 1887).

Joseph a sectionné, sur des chats, le nerf cervical, tantôt entre la moelle et le ganglion spinal, tantôt au-dessous de ce dernier; au bout de quelques semaines, il sacrifiait ces animaux et examinait leurs nerfs. Voici les résultats auxquels il est arrivé : à la suite de la section de la racine motrice, le segment périphérique seul dégénère. Après interruption de la continuité du 2e nerf cervical au-dessous de son ganglion spinal, l'extrémité périphérique du nerf est complètement dégénérée, tandis que la dégénération demeure partielle dans le ganglion spinal et la racine postérieure. La même dégénération est observée dans le nerf périphérique et le ganglion, après section de la racine postérieure, tandis que le bout central, encore adhérent à la moelle, offre une dégénération beaucoup plus intense. Joseph tire de ses expériences les conclusions suivantes :

1° Les fibres motrices ont un centre trophique dans la moelle épinière;

2° Il en est de même des fibres nerveuses directes qui traversent le ganglion, sans entrer en relations avec ses cellules, et se dirigent vers la périphérie. Ainsi s'expliquent la dégénération partielle du ganglion et du bout périphérique du nerf à la suite d'une section centrale du nerf, et la dégénération de la racine postérieure et du ganglion à la suite d'une section périphérique du nerf;

3° Les ganglions spinaux renferment un centre trophique indépendant

pour les fibres nerveuses sensitives; tandis que l'existence dans ces ganglions d'un pareil centre, pour les organes périphériques, est loin d'être démontrée;

4° Toutes les cellules ganglionnaires sont en rapport aussi bien avec le centre qu'avec la périphérie. J. B.

Zur Physiologie der Bogengänge (Contribution à la physiologie des canaux semi-circulaires), par J. R. EWALD (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLI, p.* 463).

Une quarantaine de mémoires ont paru sur ce sujet, depuis le premier travail de Flourens. L'auteur considère deux époques dans le développement de cette question : la première, s'ouvrant avec les expériences de Flourens; la seconde, avec les théories de Goltz. Goltz considère les canaux semi-circulaires comme un organe sensoriel faisant connaître la position de la tête. La pesanteur s'y résoud en trois composantes qui varient en grandeur suivant la position de la tête, par rapport à la verticale. La grandeur de ces composantes dépend de la pression de l'endolymphe sur les terminaisons nerveuses : et celle-ci agit comme un excitant auquel correspond une sensation qui nous renseigne sur notre position. Quand un canal est détruit, les troubles statiques sont en rapport avec le plan correspondant à cet axe de coordonnées. Ewald est l'élève de Goltz et a exécuté son travail sous les yeux de ce physiologiste.

Il s'est occupé d'abord de la section des deux canaux extrêmes chez les oiseaux. Différents auteurs ont déclaré que la section des canaux chez les poissons n'était suivie d'aucune perturbatien motrice : ils continuent à nager normalement. Chez les mammifères, les résultats sont différents pour les différents auteurs. Cependant, l'on s'entend au moins sur ce fait, que les troubles moteurs y sont bien moindres que chez les oiseaux. On peut admettre que les canaux ont, dans ces trois classes de vertébrés, les mêmes fonctions; que leur destruction amène les mêmes perturbations partout, mais que celles-ci sont plus ou moins visibles selon les diverses conditions d'équilibre statique ou dynamique de l'animal, c'est-à-dire selon la structure du corps, la longueur des jambes, du cou, le nombre des points de sustentation, les dispositions et l'étendue de la base de sustentation, le milieu enfin où vit l'animal. En dehors de cette explication, il n'y en a que deux autres : ou bien le retentissement des lésions à distance, ou la diversité fonctionnelle des canaux semi-circulaires.

Ewald a repris les recherches sur les oiseaux, chez qui les conditions de la locomotion et de la station sont extrêmement variées, et il a cherché si les perturbations dues à la destruction des canaux semi-circulaires dépendaient des conditions statiques de l'animal et dans quelle mesure. Il a détruit les deux canaux externes. La méthode opératoire est la même que celle des auteurs précédents jusqu'au moment où l'on arrive sur le canal membraneux : au moyen d'une pince particulière manœuvrée d'une façon convenable, on peut couper entièrement le canal membraneux. En opérant sur les pigeons, on s'assure que l'opération exécutée d'un seul côté a des résultats variables, tandis qu'ils sont cons-

tants lorsqu'on opère des deux côtés. L'observation doit être faite deux fois : une heure après l'opération et vingt-quatre heures plus tard. Au delà de ce terme apparaissent les accidents secondaires. On constate les modifications de la station : l'animal est légèrement accroupi, la queue fléchie vers le bas, le cou fléchi et la tête rapprochée des épaules. La tête exécute de temps à autre des mouvements de rotation autour d'un axe vertical passant par l'occipital. L'animal ne se déplace pas volontiers; la marche présente des caractères particuliers, le vol également. L'animal tourne autour d'un axe vertical du côté qui a été opéré en dernier lieu ; le synchronisme des battements d'ailes est troublé et les désordres les plus caractéristiques se montrent lorsque l'animal atteint le sol. Le vol soutenu est impossible. Ewald a fait des observations analogues sur des moineaux, des serins, des hirondelles, des corbeaux, des poulets et des canards. Les résultats sont réunis dans un tableau. Ils se résument dans ce principe : Les désordres de tel ou tel mode de locomotion sont d'autant plus grands que ce mode rend plus difficile la conservation de l'équilibre ou exige une gradation plus délicate dans les efforts. En étendant ce principe, on comprend que les mammifères quadrupèdes et, plus encore, les poissons soient moins troublés que les oiseaux par les lésions des canaux semi-circulaires.

A. DASTRE.

Ueber die Reactionszeit von Temperatur-Empfindungen (Sur le temps de réaction des impressions thermiques), par VINTSCHGAV et STEINACH (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLI, p.* 367).

La réaction à une excitation par le froid est plus rapide que pour une excitation par la chaleur. Les différences sont d'ailleurs très faibles. La réaction tactile est plus rapide que la réaction thermique : ici, encore, les différences sont très faibles. Les auteurs ont étudié la durée de réaction à l'excitation thermique à plusieurs reprises sur la même région, par exemple de minute en minute, pendant 17 minutes, sur le milieu du front. Dans chaque observation, le thermophore était maintenu pendant 3 secondes au plus au contact de la peau. Dans la région du front et de la joue, cette répétition a pour effet d'allonger la durée de la réaction au froid ; de même, il y a eu accroissement de cette durée pour la réaction au chaud, s'il s'agit du front ; mais cet accroissement ne s'observe plus s'il s'agit de la région de la joue. A. DASTRE.

Ueber den Einfluss des Sympathicus auf die Vogelpupille (Influence du sympathique sur la pupille des oiseaux), par JEGOROW (*Archiv für die Gesammte Physiologie, XLI, p.* 326).

On connaît, chez les mammifères, l'action dilatatrice exercée par le sympathique sur la pupille ; chez les oiseaux, il y a doute. *Budge* (1855) dit que le sympathique cervical de l'oiseau est dans le canal vertébral ; son électrisation n'a aucun effet sur la pupille, non plus que sa section. *Von Wittich* et *Maunoir* (1857) arrivent au même résultat négatif ; *L. Hirschmann* et *Rosenthal* (1869) annoncent, au contraire, un résultat positif ; *Vulpian* (1865) déclare que la section est sans effet, qu'elle porte sur le cordon principal ou sur la branche qui émane du ganglion cervical

supérieur, court le long de la carotide et innerve les vaisseaux céphaliques. *Trautvetter* n'obtient de dilatation qu'en portant l'excitation électrique sur la carotide et la jugulaire au voisinage de la tête. *Gruenhagen* (1866-1870) est d'accord avec Hirschmann et Rosenthal; il cherche à démontrer que les fibres radiaires de l'iris jouent le rôle d'un sphincter et que la dilatation sympathique est due au changement de calibre des vaisseaux sanguins. Ce physiologiste opère d'ailleurs sur des animanx qui viennent d'être sacrifiés (1866) ou sur des animaux curarisés (1870), et il excite, en somme, la moelle épinière. *Zeglinski* (1885) conclut que, chez les oiseaux, le sympathique n'a aucune influence sur les mouvements de l'iris. *Gruenhagen* (1886) a répondu à ce travail sans apporter d'expériences nouvelles.

Le ganglion cervical supérieur est situé latéralement au niveau de l'angle du maxillaire, au point d'émergence des trois nerfs : facial, vague, glossopharyngien. L'auteur donne la technique qui permet de l'atteindre, ainsi que de préparer le cordon sympathique cervical représenté par le nerf vertébral, dans le canal intertransversaire. La pupille de l'oiseau est continuellement en mouvement, sa contraction est toujours plus complète et plus évidente que sa dilatation. L'excitation du cerveau et des nerfs sensibles produit chez les mammifères une dilatation rapide qui se soutient assez longtemps avec l'excitation, pour cesser ensuite lentement. Chez l'oiseau, il n'y a de dilatation qu'au commencement de l'excitation, un rétrécissement aussitôt après et des dilatations et des rétrécissements successifs et rapides. L'auteur rapporte ensuite une douzaine d'expériences et il conclut ainsi : Le sympathique, chez les oiseaux, se distingue déjà anatomiquement de celui des mammifères. Le canal vertébral est différemment développé chez les différents oiseaux ; entièrement fermé chez quelques-uns (poulet), il est ouvert chez d'autres (dindon) et formé seulement d'anneaux osseux correspondant aux apophyses transverses des vertèbres cervicales. Entre les deux formes, il y a des intermédiaires. Chez les oiseaux, il n'existe point de relation démontrable entre le sympathique et les mouvements de l'iris. Le mouvement de la troisième paupière en est aussi indépendant. Le sympathique cervical aussi bien que le ganglion cervical supérieur contiennent des filets vaso-moteurs pour les caroncules cutanés, cervicaux et céphaliques et aussi pour la conjonctive et le globe de l'œil. Ces expériences sont d'accord avec des expériences de Dastre et Morat dont le résultat a été publié antérieurement (*Bull. Soc. philomathique*, 1880, t. IV, p. 237).

DASTRE.

Nouveaux faits sur la sensibilité lumineuse, par A CHARPENTIER (*Arch. d'ophtalm.*, *VII*, *n°* 1, *p.* 13).

Plusieurs auteurs, Butz, Delbœuf, ont dit que le maximum de sensibilité de la rétine pour la lumière occupait une zone moyenne entre le centre et la périphérie. Revenant sur des expériences anciennes, Charpentier affirme qu'après un repos de 20 minutes dans l'obscurité, toutes les parties de la rétine, sauf le centre, sont également sensibles ; à l'état ordinaire, la partie inférieure reçoit plus de lumière, est par conséquent plus excitée, aussi est-elle moins sensible. Il montre en outre : 1° que la fatigue d'une rétine ne retentit pas sur l'autre et que l'excitation d'un

œil par la lumière n'a pas d'influence sur l'excitabilité de l'autre œil, maintenu dans l'obscurité ; 2° l'excitation d'une rétine par la lumière ne facilite pas la perception lumineuse de l'autre œil, mais en rétrécissant la pupille, elle diminue l'éclairage et augmente ainsi indirectement, par l'adaptation, la sensibilité lumineuse de ce second œil. F. DE LAPERSONNE.

Ueber Messung des Druckes im Auge (Mesure de la pression intra-oculaire par A. FICK (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLII, p.* 86).

Il s'agit d'une nouvelle méthode de mesure de la pression intra-oculaire qui serait suffisamment précise pour les besoins de l'ophtalmologie. L'instrument consiste en une plaquette très légère de laiton, de 6 à 7 millimètres de diamètre; on l'applique sur l'œil de manière à la faire adhérer dans toute son étendue, c'est-à-dire de manière que ce petit plan d'épreuve constitue un élément plan de la surface oculaire déprimée. Il faut, pour cela, exercer une certaine pression; celle-ci est précisément égale, selon Fick, à la pression intra-oculaire. Elle est, d'ailleurs, mesurée grossièrement, dans l'instrument, par l'écartement angulaire d'un ressort qui soutient le plan d'épreuve. Des expériences préliminaires exécutées sur des yeux de porc et de brebis, chez qui l'on faisait varier et l'on mesurait, au moyen du manomètre et au moyen de l'appareil de Fick, la pression intérieure, ont donné un accord suffisant. DASTRE.

Ueber das Verhältniss der maximalen zu der mittleren Geschwindigkeit bei den Strömen von Flüssigkeiten in Röhren (Rapport de la vitesse maximale à la vitesse moyenne de liquides coulant dans des tubes), par J. v. KRIES (*Carl. Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 101, 1887).

Lorsqu'un liquide se meut d'un mouvement uniforme dans un tube cylindrique dont il mouille la paroi, la vitesse peut être considérée comme nulle contre la paroi; elle est à son maximum dans les particules situées exactement dans l'axe du tube. La vitesse moyenne du liquide doit théoriquement être la moitié de cette vitesse maximale. V. Kries a constaté l'exactitude de ces déductions théoriques tant qu'il s'agit de liquides ne tenant pas de corpuscules solides en suspension, se mouvant dans des tubes étroits (tubes thermométriques). Pour des tubes plus larges, il n'en est plus ainsi : la vitesse moyenne est supérieure à la moitié de la vitesse maxima. Enfin, pour des liquides tenant en suspension des particules solides, le rapport de la vitesse moyenne à la vitesse maxima dépend des dimensions des particules solides et de celle du tube cylindrique. Si les particules solides ont le diamètre du tube, la vitesse moyenne pourra se confondre avec la vitesse maxima.

Dans l'expérience classique de Hering sur la durée totale de la circulation, c'est la vitesse maxima du trajet circulaire du sang que l'on obtient. Cette vitesse maxima peut être très différente de la vitesse moyenne ; le rapport des deux vitesses dépend ici de facteurs si variables, qu'il n'est guère permis d'utiliser les chiffres de l'expérience de Hering, pour en déduire la vitesse moyenne du sang. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Bildung von Methämoglobin im Blüte unter Einvirkung von Alloxantin (Sur la formation de méthémoglobine dans le sang sous l'influence de l'alloxantine), par KOWALEWSKY (*Centralbl. f. die med. Wissenchaft.*, *n.* 1-2, 1887).

Ajoutée en substance à du sang défibriné, l'alloxantine produit, comme la pyrocatéchine et l'hydrochinone, une transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Si l'action de l'alloxantine se prolonge, il se produit de l'hémoglobine réduite en même temps qu'un corps brunâtre, sans réaction spectroscopique apparente. L'hémoglobine oxycarbonée ne semble pas modifiée par l'alloxantine. L'alloxane *pure* n'a aucune des propriétés précitées. L. F.

Ueber die Wirkung des Alloxantins auf das Blut (Sur l'action de l'alloxantine sur le sang), par KOWALEWSKY (*Centralbl. f. med. Wischft.*, *n°* 36, 1887).

En se servant de solutions d'alloxantine de différentes concentrations, Kowalewski arrive à cette conclusion : que la première action de l'alloxantine sur le sang défibriné est de réduire l'oxyhémoglobine et, ultérieurement, de transformer l'hémoglobine réduite en méthémoglobine. Mais, loin que cette dernière métamorphose soit un phénomène de réduction, comme Kowalewski le considérait dans sa précédente communication, il faut la considérer comme nécessitant une quantité déterminée d'oxygène. Car, dans les tubes à réaction où s'est produite de la méthémoglobine, elle n'occupait que les couches tout à fait superficielles. Les couches inférieures donnaient le spectre de l'hémoglobine réduite. LÉON FREDERICQ.

Cardiographische und sphygmographische Studien (Études cardiographiques et sphygmographiques), par J. G. EDGREW (*Centralblatt für Physiologie*, *p.* 487, 24 *décembre* 1887).

Edgrew inscrit sur un cylindre enregistreur le tracé du choc du cœur de l'homme (cardiographe et tambour à levier), le tracé sphygmographique de la carotide et les moments où s'entendent les deux bruits du cœur (signal électrique actionné par la main de celui qui ausculte).

Il distingue dans le tracé cardiographique une ascension brusque correspondant au début du premier bruit et au commencement de la systole ventriculaire, un plateau systolique horizontal ou légèrement incliné, présentant plusieurs ondulations (trois en général), et une descente brusque marquant la fin de la systole ventriculaire. C'est à la fin de cette descente que s'entend le second bruit et que se produit l'ondulation de clôture des valvules sigmoïdes. Cette interprétation du tracé cardiographique est, comme on le voit, semblable à celle de Marey et Chauveau, mais diffère essentiellement de celle de Landois et des cliniciens allemands. L'interprétation des ondulations du plateau systolique se rapproche aussi de celle que Marey à mise en avant sous le nom de *retentissement des ondes aortiques à l'intérieur du ventricule.*

LÉON FREDERICQ.

Sur le tracé cardiographique et la nature de la systole ventriculaire), par Léon FREDERICQ (*Bull. Acad. Sciences, Belgique, juin* 1887).

Le tracé du choc du cœur, pris à l'extérieur de la poitrine, montre les mêmes détails que les tracés recueillis au moyen de l'explorateur

à coquille de Marey, appliqué directement sur le cœur mis à nu, ou au moyen des sondes cardiographiques introduites à l'intérieur des cavités ventriculaires.

Le début de la systole ventriculaire est marqué par une brusque ascension du graphique, qui se maintient ensuite, pendant près d'un cinquième de seconde, à un niveau élevé (plateau systolique), en présentant trois à quatre inflexions, pour descendre ensuite brusquement. Cette brusque descente, qui coïncide avec le second bruit du cœur, marque la fin de la systole ventriculaire et montre fréquemment l'ondulation correspondant à la clôture des valvules sigmoïdes. Les trois ou quatre ondulations qui se succèdent pendant la durée de la systole (ondulations du plateau systolique) se montrent encore sur les cardiogrammes recueillis après ligature de l'aorte et de l'artère pulmonaire, ou après la section de ces deux vaisseaux, ou encore après la ligature des veines caves et azygos. Enfin l'on peut, dans des circonstances favorables, les obtenir encore sur les tracés fournis par un cœur extrait du corps ; on les voit également sur les tracés fournis par le muscle ventriculaire pris entre les mors de la pince cardiographique.

L'auteur localise dans la paroi même du cœur, c'est-à-dire dans la forme de la contraction du muscle cardiaque, la cause des ondulations du plateau systolique du cardiogramme. Cette contraction est, pour lui, non pas une simple secousse comme on l'a admis jusqu'à présent, mais un tétanos plus ou moins complet, résultant de la fusion de trois à quatre secousses élémentaires. L. F.

Sur les phénomènes électriques de la systole ventriculaire chez le chien, par Léon FREDERICQ (*Bull. de l'Acad. des sciences de Belgique, mai* 1887).

La base et la pointe du ventricule droit du cœur du chien sont reliées par des électrodes impolarisables, avec l'électromètre capillaire de Lippmann. Les excursions de la colonne mercurielle qui accompagnent chaque pulsation du cœur sont enregistrées par la photographie sur le cylindre tournant recouvert de papier Hutinet au gélatino-bromure. Le tracé cardiographique ou sphygmoscopique est enregistré sur le même papier, au moyen des déplacements de l'ombre du style d'un tambour à levier ; le graphique du temps en secondes ou fractions de secondes est obtenu par un procédé analogue.

A chaque pulsation, la pointe du cœur devient négative par rapport à la base. La négativité de la pointe débute brusquement, environ 4 centièmes de seconde avant le début de la systole ventriculaire, environ un dixième de seconde avant le début de la pulsation carotidienne. Elle dure pendant environ 18 centièmes de secondes, c'est-à-dire qu'elle se termine un peu avant la fin de la systole ventriculaire. Le tracé de la variation électrique rappelle jusqu'à un certain point le tracé cardiographique de la pulsation ventriculaire. A l'ascension brusque du début, fait suite un plateau systolique présentant souvent plusieurs ondulations nettement marquées et se terminant par une descente oblique.

La courbe des variations électriques du muscle cardiaque n'est donc pas aussi simple qu'on l'a cru jusqu'à présent. Loin d'y voir, avec Marey et Martins, un argument en faveur de la doctrine qui identifie la systole ventriculaire à une simple secousse musculaire, correspondant

à une excitation unique du muscle cardiaque, l'auteur considère cette variation à tracé ondulé comme résultant de la fusion de plusieurs (3 ou 4) variations négatives simples. La systole cardiaque elle-même serait, non une *secousse musculaire simple*, mais un vrai *tétanos*, résultant de la fusion de 3 ou 4 secousses élémentaires. L. F.

De l'action physiologique des soustractions sanguines, par Léon FREDERICQ (*Mém. cour. Acad. méd. Belgique et Travaux labor. physiol. Univ. Liège*, 1886).

Après avoir présenté un résumé historique détaillé des travaux de physiologie parus sur la saignée, l'auteur expose les résultats de ses propres expériences. Nous transcrivons ici le résumé des résultats nouveaux obtenus par l'auteur.

Circulation et respiration. — L'action que la saignée exerce sur le rythme cardiaque varie chez les différentes espèces animales, suivant l'état dans lequel se trouve chez elles le *tonus d'arrêt* du pneumogastrique. La saignée suspend le *tonus d'arrêt* : 1° chez le chien et le porc (à *tonus* continu, mais présentant des variations périodiques respiratoires), le rythme cardiaque s'accélère et devient uniforme; 2° chez le bœuf et probablement chez l'homme et la plupart des mamnifères (*tonus* continu et uniforme), la saignée accélère simplement le rythme cardiaque; 3° chez le lapin (absence de *tonus*), le rythme cardiaque n'est pas influencé par la saignée.

Chez le chien, les oscillations respiratoires de la pression artérielle présentent, dans le cours d'une saignée mortelle, trois phases successives : 1° phase du début. Discordance des oscillations de pression artérielle et thoracique. La pression carotidienne monte à l'inspiration; 2° phase correspondant à une saignée de 2, 3 ou 4 0/0 du poids du corps. La pression carotidienne baisse à l'inspiration, monte à l'expiration; 3° phase précédant la mort. Saignée de 4 et 5 0/0 du poids du corps. La pression carotidienne monte à l'inspiration.

Contrairement à l'opinion généralement reçue et basée sur les expériences faites sur le chien, la pression artérielle peut subir, chez le lapin, une baisse considérable et durable, à la suite d'une saignée ne dépassant pas 1 0/0 du poids du corps.

Action sur l'intensité des échanges respiratoires et la calorification. — Chez le lapin en digestion, l'intensité des échanges respiratoires (absorption d'oxygène et exhalation de CO^2) diminue en général après la saignée (troubles digestifs dus la saignée ?). La quantité de chaleur, rayonnée par l'animal, diminue également (expériences faites avec le calorimètre à air de d'Arsonval).

Chez l'animal à jeun, soumis à la saignée, la baisse de la consommation d'oxygène n'est que momentanée ; au bout de peu de temps (une heure par exemple), l'intensité des combustions interstitielles se relève et remonte à un niveau qui peut atteindre ou dépasser les valeurs trouvées avant la saignée. Dans la plupart des cas, l'influence excitante des soustractions sanguines sur les oxydations organiques est manifeste.

Cependant la température rectale baisse légèrement. C'est que l'augmentation peu marquée de chaleur produite est compensée par l'exagération de la chaleur perdue par rayonnement. En effet, l'animal à jeun,

placé dans le calorimètre, lui cède constamment plus de chaleur après la saignée qu'avant. Il y a donc dilatation des vaisseaux cutanés.

Chez l'animal fébricitant, les résultats de la saignée sont les mêmes que chez l'animal sain et chez l'animal en digestion. L. F.

Étude de thermométrie clinique, par J. GRASSET (*Assoc. française, Congrès de Nancy, août* 1885).

Deux malades, à la même température, n'émettent pas toujours des quantités de chaleur égales ; celui qui perd ou émet plus de chaleur que l'autre a plus de fièvre vraie. Le thermomètre, appliqué comme il l'est, ne renseigne pas sur ce point. Il y aurait un intérêt réel à être renseigné sur cette émission du calorique. Grasset pense que le moyen de faire cette estimation est simple et pratique. Il faudrait apprécier la vitesse d'ascension de la colonne mercurielle. Pour cela, on place le thermomètre sous l'aisselle en ayant la montre à la main ; on lit la température au bout d'une minute; puis on lit la température finale comme d'habitude, au bout de dix minutes. Le rapport de l'ascension pendant la première minute à l'ascension totale donne un nombre que l'auteur considère comme représentant le pouvoir émissif du corps. A l'état physiologique, ce nombre oscille de 72 à 76; à l'état pathologique, de 78 à 88. Un sujet à chaleur âcre et mordicante est un sujet à pouvoir émissif élevé. Le procédé préconisé par Grasset ferait connaître ce que les anciens médecins appelaient les qualités de la température.

DASTRE.

Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Verdauung (Contributions à la physiologie et à la pathologie de la digestion), par C. A. EWALD et J. BOAS (*Arch. f. path. An. u. Phys., CI, Heft* 3, *p.* 325, *et CIV, Heft* 2, *p.* 271).

Ewald fait ses recherches sur trois femmes de son service; l'une après chaque repas a des vomissements depuis six ans sans en être notablement incommodée, les deux autres sont des idiotes chez lesquelles il peut extraire le contenu de l'estomac au moyen de la sonde et en exerçant des pressions sur la région épigastrique. Pour déceler, dans le contenu stomacal, la présence de l'acide chlorhydrique, il utilise, avec Boas, les réactions colorées de la tropéoline, des dérivés de l'aniline (violets de gentiane et de méthyle), du réactif de Rheoch (solution de fer rhodanique), et de la teinture d'airelle obtenue au moyen de l'alcool amylique. Pour différencier l'acide lactique de fermentation de l'acide sarcolactique, et pour reconnaître les acides gras, il emploie le perchlorure de fer en solution phéniquée. Pour l'acide acétique, les deux auteurs emploient ce même réactif (perchlorure de fer phéniqué).

Ils constatent que l'acide lactique de fermentation se produit rapidement dès le début de la digestion des hydrocarbures; au bout de 10 minutes, on peut reconnaître sa présence dans les matières stomacales. L'acide sarcolactique apparaît dans la première heure; l'acide chlorhydrique ne se rencontre qu'au bout de deux heures environ. Il n'y a donc pas à proprement parler un acide de l'estomac ; l'acide gastrique est constitué successivement par l'acide lactique et par l'acide chlorhydrique. A mesure que la quantité du premier diminue, la proportion du second va en augmentant. On peut donc diviser la durée de la digestion

en deux stades : le stade lactique et le stade chlorhydrique. C'est pendant le stade chlorhydrique que la pepsine se montre dans l'estomac. La digestion la meilleure est celle dans laquelle l'acide chlorhydrique apparaît le plus tôt. Le pain blanc et la viande hachée sont les substances alimentaires qui amènent le développement le plus rapide de cet acide. Les catarrhes aigus ou chroniques de l'estomac s'accompagnent de la persistance du stade lactique et de la suppression du stade chlorhydrique. Dans ces cas, l'ingestion d'acide chlorhydrique dans un but thérapeutique a un grand avantage. Dans la recherche de l'acide chlorhydrique, les auteurs ont remarqué qu'au début on en trouve peu dans le liquide stomacal ; il est presque en totalité contenu dans les fragments d'aliments solides qui en sont pour ainsi dire imprégnés.

Pour déceler l'existence des peptones dans le contenu de l'estomac, il faut précipiter les matières albuminoïdes et filtrer le liquide avant de faire la réaction du biuret. Les auteurs ont reconnu que la peptone apparaît de très bonne heure, même pendant le stade lactique, mais que la proportion des peptones augmente notablement au moment du stade chlorhydrique ; le maximum des peptones coïncide sensiblement avec le maximum de l'acide minéral ; ces maxima sont atteints environ de 2 à 3 heures après le repas, et précèdent de peu le moment où l'estomac va évacuer son contenu dans le duodénum.

Les auteurs ont ensuite recherché l'influence que les graisses pouvaient avoir sur le travail digestif. Ils ont constaté qu'elles le retardaient d'une façon très manifeste, tout en paraissant augmenter l'acidité de l'estomac. La puissance digestive est également diminuée. Le liquide stomacal résultant de la digestion de 30 grammes de pain blanc est capable de digérer un fragment d'albumine en 90 minutes en moyenne ; si l'on ajoute à l'alimentation 30 grammes de lard, le liquide stomacal ne digère le même fragment qu'en deux ou trois heures.

Dans la seconde partie de leur travail, Ewald et Boas s'occupent de la digestion dans l'estomac des substances amylacées et des graisses et des relations de cette digestion avec la sécrétion des acides libres de l'estomac. En faisant prendre à des individus à jeun une certaine quantité d'une décoction d'amidon, et en retirant à des intervalles déterminés des portions du contenu stomacal, ils ont constaté que ce contenu devenait acide au bout de 10 minutes, et que l'acidité maximum est obtenue au bout de 30 ou 40 minutes. C'est surtout de l'acide chlorhydrique que l'on rencontre. Cependant, si les substances amylacées contenaient des ferments figurés, la fermentation pouvait produire de l'acide acétique. La présence de l'acide chlorhydrique n'empêche pas l'action de la ptyaline de la salive sur l'amidon. Cependant, lorsque la proportion d'acide s'élève à 0,07 0/0, le ferment diastasique est détruit. Si au lieu d'acide chlorhydrique, il y avait dans l'estomac de l'acide lactique, il en faudrait le double, 0,15 0/0. Quand la quantité d'acide est trop considérable, l'amidon n'est en aucune façon modifié, il donne toujours avec l'iode la réaction violette, quand l'acidité n'est pas trop forte, il se transforme en erythrodextrine ou en achrosdextrine. Dans certains cas on ne trouve pas d'acide, et cependant on trouve de la pepsine dans l'estomac. Cela prouve que l'acide chlorhydrique et la pepsine se sécrètent séparément, et que ces deux substances ne sont pas produites en combinaison sous

la forme d'acide chlorhydropepsinique. La digestion des substances amylacées donne naissance à une substance réduisant la liqueur de Fehling. Cette substance se trouve dans l'estomac pendant une demi-heure ; cependant, au bout de ce temps, l'acidité gastrique allant en augmentant, la proportion de cette substance diminue ; il est vraisemblable qu'elle passe alors dans le duodénum. L'augmentation de l'acidité gastrique paraît exciter l'estomac et provoquer l'expulsion de son contenu dans le duodénum. Ewald et Boas l'ont déjà remarqué dans leurs expériences sur les substances albuminoïdes. Quelle est la nature de la substance réduisant la liqueur de Fehling et provenant de la digestion de l'amidon dans l'estomac ? Les auteurs n'admettent pas que ce soit le sucre de raisin, ce serait un mélange de maltose et de dextrines dextrogyres et réduisantes. Les auteurs étudient ensuite les modifications que peut apporter à la digestion des fécules l'ingestion des matières grasses. Quand on prend un mélange d'huile et de décoction de fécule, on ne trouve pas d'acide dans l'estomac avant une demi-heure, c'est-à-dire beaucoup plus tard que quand l'amidon est pris seul. Cependant, la proportion de la substance réduisant les sels de cuivre, n'est pas modifiée par la présence de l'huile dans l'estomac ; elle dépend donc de la quantité et de la qualité du ferment salivaire ingéré. P. GALLOIS.

Sur la syntonipepsine au point de vue de la théorie chimique de la digestion, par CHANDELERS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, mars* 1887).

La pepsine, en agissant sur les albuminoïdes (fibrine, albumine de l'œuf, myosine des muscles), se transforme en un composé insoluble dans l'eau, mais soluble dans les acides dilués. Cette transformation est totale lorsque le mélange a atteint un certain degré de concentration, en rapport direct avec la richesse acide du mélange. Cette transformation commence cependant à s'effectuer avant que le liquide ait atteint ce degré de concentration. Ce composé est précipité par la neutralisation du mélange digestif. Il est formé par la réunion d'un radical pepsine et d'un radical syntonine, unis chimiquement. Les acides dilués le dédoublent en peptones et en zynozine qui, au contact de l'oxygène, reconstitue la pepsine. F. H.

Der Zuckergehalt des Magen-Darminhaltes bei Ernährung mit starkemehlhaltigen Nahrungmitteln (Teneur en sucre du contenu de l'estomac et de l'intestin dans l'alimentation par les féculents), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLI, p.* 484).

Seegen s'étonne de ne trouver dans l'intestin et l'estomac que des quantités insignifiantes de dextrine et de sucre, de même que Schmidt-Mühleim y a trouvé peu de peptones. Les choses se passeraient comme si l'absorption des produits digérés était très rapide. Les auteurs de ce travail contestent ces affirmations. Ils ont rencontré, dans l'estomac du cheval, 30 à 150 grammes de sucre et 6 à 8 grammes pour mille dans l'estomac du porc. Cette quantité, qui est de 1 à 2 millièmes aussitôt après le repas de féculents, augmente, se maintient pendant quatre à cinq heures et diminue ensuite. Les chiffres précédents de 30-150 grammes pour le cheval et de 8 pour mille chez le porc, devraient être majorés,

parce que le pouvoir réducteur du maltose est moindre que celui du glucose. Il est à noter que la salive de l'homme et celle du cochon possèdent un pouvoir amylolitique considérable. D'autres circonstances influent aussi sur le phénomène : le développement du cul-de-sac gastrique, la nature du féculent, l'intervention des diastases contenues dans les graines, le degré d'abondance du repas. Les auteurs ont constaté, en accord avec Ewald et Boas, que l'acidité de l'estomac est faible au début du repas; elle est due à l'acide lactique; elle augmente successivement et est le fait de l'acide chlorhydrique qui arrête successivement la formation lactique. Cet arrêt ne se produit point cependant chez le cheval, les rongeurs et le porc. Il y a donc, au début, une digestion amylacée qui fait place à la digestion gastrique des albuminoïdes. Il y a aussi, pour l'estomac, une sorte de capacité digestive différente, suivant les différentes régions; la digestion amylacée se produit dans le cardia. Dans l'intestin on trouve de 4 à 10 pour mille de sucre chez les animaux domestiques.

DASTRE.

Ueber Secretion und Resorption in Dünndarm (Sécrétion et résorption dans l'intestin grêle), par F. RÖHMANN (*Arch. für die gesammte Physiologie, XLI, p.* 411).

Röhmann continue sur un chien, à fistule Thiry-Vella, les recherches commencées par Gumilewski. Mais dans le travail de cet auteur, il s'agissait d'un chien chez qui la longueur d'intestin séquestrée était très faible (11 cent.) et voisine du côlon (48 cent.). Röhmann fait servir à sa recherche deux autres animaux : l'un chez qui la longueur séquestrée était de 20 centimètres à peu près au milieu de l'intestin grêle; le dernier, chez qui cette longueur était de 30 centimètres près du cœcum (35 cent.). Il a recherché les modifications consécutives à l'introduction dans l'anse séquestrée des diverses substances alimentaires.

Le premier objet à connaître était la compositinn et la quantité du suc intestinal. La sécrétion appartient aux glandes de Lieberkühn et l'absorption aux papilles intestinales. Or, Röhmann n'obtenait pas du tout de liquide, ou une quantité insignifiante avec les deux derniers chiens, et, au contraire, une quantité très appréciable avec le chien de Gumilewski. Lorsqu'on provoque la sécrétion, par introduction, d'un liquide indifférent, le liquide sécrété est alcalin. En titrant l'alcalinité, on peut se faire une idée de l'intensité de la sécrétion. La comparaison des trois animaux conduit à cette conclusion que la sécrétion de ce liquide alcalin est beaucoup plus faible dans les parties supérieures que dans la partie inférieure de l'intestin grêle. C'est la raison des différences de consistance de ce liquide dans les différents segments de l'intestin. Ces variétés tiennent aux proportions relatives du mucus et de la partie aqueuse. Le mucus contient des éléments fibrinés épithéliaux et graisseux.

En second lieu, l'auteur s'est préoccupé de l'action diastasique du suc intestinal et de la résorption de l'amidon. Cette action diastasique a été admise par les uns, niée par les autres. La diversité des résultats tient à la diversité des portions d'intestin examinées. Pour juger de la résorption, on introduit dans l'anse un volume déterminé d'empois d'amidon, et, après une certaine durée de séjour, on examine ce qui sort de l'intestin. Une analyse fait connaître la quantité résorbée. La conclusion, c'est qu'il

y a dans l'intestin grêle un ferment diastasique grâce auquel l'amidon se résorbe, et cela plus rapidement dans les parties supérieures que dans les inférieures.

La troisième partie du mémoire est consacrée au ferment inversif et à la résorption du sucre de cannes. On constate que cette résorption est plus facile dans les portions supérieures que dans les portions inférieures de l'intestin. Pour le sucre de glucose cette différence ne s'observerait point.

L'auteur n'a point cherché l'action du suc intestinal sur les albuminoïdes. Mais il s'est occupé de la résorption des peptones. Celles-ci se déterminaient par la polarisation. La résorption des peptones est plus difficile que celle des sucres, mais plus rapide que celle de l'amidon. Ces diverses substances excitent la sécrétion intestinale (appréciée par la quantité d'alcali), de manières différentes ; par ordre décroissant, elles se rangent ainsi : peptone, amidon, sucre de canne, glucose. La sécrétion augmente pendant la deuxième heure. D'autre part, la résorption est plus grande pour la glucose et les peptones que pour l'amidon et surtout le sucre de canne. Le mémoire se termine par des considérations théoriques sur la fonction de l'intestin. DASTRE.

Influence de la rate sur la digestion pancréatique, par HERZEN (*Revue méd. Suisse romande*, *VII*, 160, *mars* 1887).

Herzen expose une nouvelle méthode pour démontrer, au moyen de l'autodigestion du pancréas, l'influence de la rate sur la digestion pancréatique.

Le pancréas, pris sur un chien normal et se trouvant à jeun, est haché et infusé dans de la glycérine pure ; les morceaux se maintiennent au fond du liquide et restent pendant des mois entiers parfaitement intacts.

Si, au contraire, on prend l'organe sur un chien normal, mais en pleine digestion, et qu'on le traite exactement de la même façon, les morceaux gonflent, se ramollissent, remontent à la surface du liquide, se désagrègent complètement et se dissolvent en grande partie. Or, le pancréas d'un chien qui a subi auparavant l'extirpation de la rate, bien qu'on sacrifie l'animal en pleine digestion, se comporte tout à fait comme celui du chien normal à jeun.

De plus, si après s'être assuré qu'un pancréas provenant soit d'un chien normal à jeun, soit d'un chien en pleine digestion, privé de rate, se maintient inaltéré dans la glycérine, on ajoute à ce mélange de l'infusion glycérinée d'une rate provenant d'un chien en pleine digestion, ce pancréas subit bientôt les mêmes transformations que celui d'un chien normal en pleine digestion.

Ainsi, l'inactivité ou l'absence de la rate prive le pancréas infusé dans la glycérine de la propriété de se digérer lui-même; et l'adjonction de l'extrait glycériné d'une rate active ou la congestion fonctionnelle de cet organe, lui confère cette propriété : nouvelle confirmation du résultat obtenu par Herzen (*Pflüger's Achiv*, 1883) par une autre méthode. (*R. S. M.*, XI, 49, ou XII, 50.) J. B.

Contribution à l'étude des modifications morphologiques de la cellule hépatique pendant la sécrétion, par E. LAHOUSSE (*Archives de biologie, VII, fasc.* 1, 1887).

L'auteur a étudié la structure des cellules hépatiques sur des grenouilles, des lapins et des pigeons, soit à l'état de jeûne, soit à différentes époques de la digestion. Il est arrivé à formuler les conclusions suivantes :

Les cellules hépatiques ne renferment ni terminaisons nerveuses, ni terminaisons de canalicules biliaires. Cependant, après des injections soit physiologiques, soit pathologiques, soit artificielles des canaux biliaires, on remarque souvent surtout, chez les lapins et les cobayes, le long des canalicules qui circonscrivent les cellules, des bosselures non pédiculées qui empiètent sur la cavité cellulaire.

A l'état de jeûne, chez les pigeons et les grenouilles, les cellules hépatiques renferment un réticulum protoplasmique, à mailles irrégulières, qui débute au noyau, occupant d'ordinaire la périphérie du côté des capillaires sanguins et se dirige dans tous les sens, mais principalement dans la direction des canalicules biliaires. Dans le paraplasma (substance interfibrillaire) qui occupe les mailles du réticulum autour du noyau, se trouvent des granulations qui, pour la plupart, sont de nature protéique. Chez les lapins, les granulations paraplasmatiques envahissent la totalité de la cellule, masquant le réticulum et quelquefois même le noyau, qui, unique ou multiple, occupe d'ordinaire le milieu de la cellule.

Après 5 à 6 heures de digestion chez la grenouille, le lapin et le pigeon, les capillaires sanguins du foie sont distendus, les cellules hépatiques sont considérablement augmentées de volume; les granulations paraplasmatiques s'entassent le long de la membrane cellulaire, de manière que, chez le lapin, le réticulum apparaît distinctement. Chez la grenouille et le pigeon, le noyau s'adosse encore davantage contre la membrane. Après 11 à 12 heures, les capillaires sanguins sont revenus à l'état normal, et les cellules hépatiques ne sont plus aussi volumineuses; les granulations paraplasmatiques ont disparu; le réticulum se désagrège en granulations qui se portent du côté des canalicules biliaires et disparaissent de la cellule. Les granulations paraplasmatiques et protoplasmatiques ne paraissent pas changer de nature; elles contribuent cependant probablement à la formation de la bile.

Vers la 12e heure, les cellules hépatiques, surtout chez le lapin, se remplissent de masses irrégulières de glycogène. La fonction glycogénique atteint son apogée vers la 14e heure, et s'effectue probablement aux dépens du suc hyalin du paraplasma. Vers la 12e heure, apparaissent également des granulations graisseuses, probablement aussi aux dépens du suc paraplasmatique. F. HENNEGUY.

Aphoristiches über Zuckerbildung in der Leber (Aphorismes sur la production de sucre dans le foie), par J. SEEGEN (*Archiv für die ges. Phys., XLI, p.* 515).

Il y a 40 ans que Cl. Bernard a démontré la présence du sucre dans le foie. Dix ans plus tard, Pavy prétendit que cette production était un phé-

nomène cadavérique. Pavy admettait qu'il se formait au moment de la mort un ferment capable de changer le glycogène hépatique en sucre. Cl. Bernard, reprenant ses recherches, trouva du sucre, mais en proportion très minime dans le foie vivant.

Il y a 10 ans, Seegen entama ses études. Il déclara qu'il n'y avait point dans le foie de ferment diastasique : que le sucre hépatique était différent de celui qui se forme par l'action des ferments sur le glycogène ; que la quantité de sucre du foie excisé était double de celle que Bernard avait indiquée (4 à 5 pour 1000 au lieu de 2 à 3) ; enfin, que la quantité de sucre augmentait dans le foie extrait du corps, pendant les 24 premières heures, de 5 pour 1000 à 30 pour 1000 et au delà, sans que le glycogène diminuât. Il reprit les déterminations du sucre dans le sang qui pénètre dans le foie (veine porte) et dans le sang qui en sort (veine sus-hépatique). La différence en plus au profit du sang qui sort est de 60, 80 et jusqu'à 100 0/0.

Il a comparé cette augmentation à la quantité de sang du foie et évalué ainsi à 200 grammes la quantité de sucre versé dans le sang par 24 heures chez un chien du poids de 20 kilogrammes. C'est-à-dire à 0gr,41 par kilogramme d'animal et par heure. Ces résultats sont indépendants de l'alimentation : la production du sucre se fait aux dépens du matériel organique et non du matériel alimentaire. De nouvelles recherches, il conclut enfin que cette production de sucre, l'une des manifestations les plus importantes des échanges matériels (le sucre du foie étant une source de la chaleur animale et du travail musculaire), était réalisée aux dépens de l'albumine et des graisses.

Pavy et ses partisans considèrent la production du sucre dans le foie comme un phénomène cadavérique ; lorsque l'on démontre que le foie contient 5/1000 de sucre, ils prétendent que cette quantité s'est formée dans le court espace de temps nécessaire aux déterminations. Mais cette interprétation est contraire à tout ce que nous savons de la persistance de la vitalité dans les organes. Pavy arrête la formation du sucre dans le foie en jetant les fragments excisés de cet organe dans l'eau bouillante ou dans le mélange réfrigérant, c'est-à-dire en tuant brusquement les cellules : c'est donc l'arrêt de la formation du sucre qui est un phénomène cadavérique. D'autre part, Pavy, en admettant que le sucre du sang se produit dans le foie sous l'action de causes perturbatrices, prouve par cela même que cette formation est une formation normale, puisqu'une perturbation ne peut changer que l'intensité, mais non la nature d'une sécrétion.

Seegen examine ensuite quelques objections. On a objecté que le sang des veines sus-hépatiques paraissait contenir plus de sucre que celui de la veine porte, parce qu'en réalité il avait perdu de l'eau et s'était concentré dans le foie. Mais cela est invraisemblable ; car l'augmentation du sucre atteint 60 à 100 0/0 : il est impossible que la perte d'eau atteigne de telles proportions. C. Flügge a, en réalité, trouvé 3 fois sur 4 que le sang sus-hépatique était plus riche en eau. Les variations de l'hémoglobine non plus ne présentent rien de constant. Drosdorff est d'accord avec Flügge ; le sang porte contient 2 0/0 d'eau en moins que le sang sus-hépatique. Seegen a répété ces recherches sur des animaux non chloroformés. Il a trouvé dans le sang porte une quantité d'eau de 78,9 — 78,3 — 79,8 —

79,2 — 76,6 0/0, tandis que le sang sus-hépatique contenait 77,9 — 79,2 — 79,3 — 80,1 — 75,2. En somme, il y a en sens divers des différences d'environ 1 0/0, c'est-à-dire incapables, lors même quelles seraient constantes, d'expliquer le gain en sucre. Une seconde série de recherches est relative aux différences qui pourraient se produire suivant que les prises du sang ont lieu d'abord dans la veine porte ou d'abord dans la veine sus-hépatique. L'expérience a montré que 5 fois sur 6 le résultat est indépendant de la manière de procéder. Dans une troisième série, l'auteur reprend la détermination du sang du foie en recueillant le sang sus-hépatique au moyen d'une sonde pénétrant par la veine jugulaire. C'est le procédé de Cl. Bernard, qui est attribué ici à J. Kalowicz et Pal et qui a été employé par Abeles. Le sang sus-hépatique n'avait donné à ce dernier auteur qu'une quantité de sucre très peu supérieure à celle de la carotide. Les nouvelles analyses de Seegen révèlent un excès plus ou moins considérable, mais moindre que dans l'ancienne manière de procéder. Mais comme ce résultat pouvait tenir à la chloroformisation, l'auteur recommence, cette fois, sans anesthésier l'animal, et il retombe ainsi sur les chiffres de 80 0/0 ou 100 0/0 de sucre en plus dans le sang qui sort du foie que dans celui qui y pénètre. Ceci prouve, en passant, que la narcose chloroformique abaisse très notablement la formation du sucre par le foie.

La quatrième partie du travail répond à un article et à un mémoire d'un assistant de Schiff. M. Girard a combiné les idées de Pavy avec celles de son maître ; la formation du sucre serait, d'après cela, un phénomène *post mortem :* ce phénomène serait dû à l'action d'un ferment qui naîtrait dans le sang au moment de la mort, et, anormalement, le même processus pourrait s'accomplir pendant la vie. Le foie vivant, d'après lui, contiendrait moins de 5 pour 10,000 de sucre. Il établit ce résultat en ne perdant point de temps à peser le fragment de foie de lapin et de chien, ou la totalité du foie, s'il s'agit de petits animaux. Il estime à 5 grammes cette quantité de foie non pesée, et il procède ensuite à l'analyse avec toute la rigueur désirable. Il chasse le sang, en pressant rapidement entre les doigts. La petite quantité de sucre trouvée alors (maximum = 5 pour 10,000) serait due au sang des veines hépatiques. Seegen montre que cette supposition ne peut pas être correcte. Il s'élève ensuite contre la manière dont Girard parle de la comparaison du sucre dans le sang qui aborde et dans celui qui quitte le foie, sans avoir fait d'expériences sur ce sujet ; contre la façon arbitraire dont il explique l'excès de sucre sus-hépatique par un ralentissement de la circulation. Enfin, Girard contredit les expériences de Seegen relatives à l'augmentation du sucre total sans augmentation du glycogène dans le foie, après la mort. Seegen aurait commis une erreur dans ses déterminations indirectes du glycogène. En le chauffant avec 2/100 d'acide chlorhydrique, pendant 12 heures seulement, il n'en aurait transformé que les 75 centièmes. Le physiologiste viennois répond que les expériences directes ont prouvé que tout était transformé en 6 heures et qu'il n'est nullement nécessaire de prolonger l'action pendant 48 heures avec les doses employées par lui. Les vérifications, d'ailleurs, ont toujours été faites. D'ailleurs, l'objection ne s'appliquerait pas à la détermination directe du glycogène. Seegen maintient que, dans des expériences bien faites, il a prouvé positivement que

le sucre avait augmenté sans que le glycogène eût diminué. Il maintient aussi que des morceaux de foie conservé vivant au moyen de sang artériel transformaient une quantité très notable de peptones en sucre. Il ne croit pas que ce fait puisse être contredit par des expériences telles que celles de M. Girard qui étaient exécutées avec des foies malades et incapables, dès avant l'épreuve, de fabriquer du sucre. A. DASTRE.

Untersuchungen über den Eiweissbedarf des Menschen (Recherches sur le besoin d'albumine chez l'homme), par Felix HIRSCHFELD (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *XLI*, *p.* 533).

Voici la conclusion de ce travail : — 1° Il est possible qu'un homme vigoureux se maintienne en équilibre azoté pendant 15 jours avec un régime qui apporte quotidiennement 5 à 8 grammes d'azote. En tenant compte des circonstances de l'expérience, on arrive à se convaincre que l'équilibre azoté se soutient avec 40 à 45 grammes de substances azotées ou avec 35 à 40 grammes d'albumine.— 2° Il est impossible de prouver que l'activité organique dépend de l'utilisation de quantités suffisantes d'albumine. Avec une alimentation moins riche en albumine, il n'y a pas imminence de destruction, par fonte ou élimination, de l'albumine des organes. Il y a augmentation de l'albumine des organes dans l'engraissement. — 3° Les aliments albuminoïdes, et particulièrement la viande, sont les principaux agents de reconstitution, parce qu'ils présentent tous le minimum de poids et de volume et qu'ils sont facilement transformables. C'est pour cela qu'ils doivent intervenir en une certaine proportion à côté des hydrocarbonés dans l'alimentation des hommes qui travaillent vigoureusement. Il est pourtant possible qu'ils puissent être partiellement remplacés dans la ration d'entretien par des graisses ou par des aliments féculents qui contiennent toujours un peu d'albumine. Il se peut que beaucoup des troubles observés chez les sujets qui ont une alimentation insuffisante tiennent à un défaut de préparation ou à un choix défectueux plutôt qu'à un manque d'albumine. DASTRE.

Ueber das Aussalzen der Eiweisskörper und anderer colloïder Substanzen (Sur la séparation par les sels des albuminoïdes et des autres colloïdes), par Otto NASSE (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XLI*, *p.* 504).

Tous les corps albuminoïdes, à l'exception des peptones, sont précipités par le sulfate d'ammoniaque à saturation. La globuline est précipitée avant saturation, l'albumine seulement dans la liqueur saturée. Les autres sels neutres, alcalins ou alcalino-terreux ne se comportent point comme le sulfate ammoniacal : il ne précipite qu'une portion très variable.

La précipitation des albuminoïdes par les sels n'est pas quelque chose de particulier : les savons et la gélatine se comportent ainsi ; de même le glycogène, l'amidon soluble ou amiduline, l'inuline et l'amidon iodé soluble. Ce sont des colloïdes. O. Nasse détermine les quantités des divers sels qui doivent être ajoutées à 100 centimètres cubes de solution pour précipiter chaque albuminoïde. Par exemple, l'albumine d'œuf est précipitée dans une solution de sulfate de soude contenant 20,2 de sulfate d'ammoniaque et 19,6 de sulfate de magnésie pour 100 centimètres cubes. Le rapport de ces nombres est celui de $a = 20,2$ a $b = 19,6$, soit 1,03.—Nasse

cherche ce rapport pour les différents albuminoïdes et colloïdes. Ces quotients de précipitation donnent lieu à des conclusions intéressantes relativement à la manière dont les albuminoïdes se comportent vis-à-vis des sels. DASTRE.

Beobachtungen über die Funktion der Ureteren an einer Frau... (Observations sur le fonctionnement des uretères), par A. SAMSCHIN (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 19, 1887).

Les occasions de constater le fonctionnement des uretères dans l'espèce humaine sont rares. J. A. Mülder et S. Slemsky ont profité chacun d'un cas d'exstrophie de la vessie pour recueillir quelques observations à ce sujet.

L'auteur a profité d'un cas de large fistule recto-vésico-vaginale en traitement à la clinique de Lebedeff, à Saint-Pétersbourg, pour contrôler et compléter ces observations. Les ouvertures des uretères étaient mises à nu à l'aide d'un spéculum : 9 séances d'observations d'une heure chacune ont eu lieu : voici les résultats des faits et des chiffres recueillis pendant ces séances : 1° Les uretères présentent chez l'homme comme chez les animaux des contractions péristaltiques : chaque contraction a pour résultat l'évacuation d'une certaine quantité d'urine ;

2° Les contractions à l'orifice vésical des uretères ne sont pas synchroniques ;

3° Le nombre des contractions varie pendant le même laps de temps et sur le même uretère ;

4° La quantité d'urine fournie par chaque uretère dans un temps déterminé varie également : la quantité moyenne d'urine fournie par chaque contraction varie de 0,8 à 2 centimètres cubes : le maximum observé a été de 4 centimètres cubes ;

5° L'absorption de boissons n'augmente pas le nombre des contractions. H. DE BRINON.

Das Verhalten der Harnabsonderung während der Nacht (Variations de la sécrétion urinaire pendant la nuit), par C. POSNER (*Archiv für Physiologie*, *p.* 389, 1887).

Posner a déterminé la densité de l'urine recueillie chez plusieurs personnes à différents stades du repos de la nuit, pour savoir si la densité et la concentration élevées de l'urine du matin est due à une résorption d'eau par la surface vésicale pendant le séjour prolongé de l'urine. Il a résolu cette question négativement. L'urine de la première partie de la nuit est plus concentrée que celle des heures qui précèdent le lever. Le haut degré de concentration de l'urine de la nuit est dû à l'influence du sommeil qui ralentit la sécrétion rénale. La stratification de l'urine dans la vessie, en couches de densité inégale, observée par Edlefsen pour l'urine du matin, provient de ce que l'urine sécrétée en dernier lieu, le matin, est plus légère que celle qui se trouve déjà dans la vessie et monte au-dessus de cette dernière. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Kochsalzzufuhr auf die Reaction des Harns (Influence de l'ingestion de chlorure de sodium sur la réaction de l'urine), par Max GRUBER (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 68, 1887).

On sait que l'urine, ordinairement acide, de l'homme et des carnivores devient fréquemment neutre ou alcaline pendant la digestion. Si l'on nourrit un chien avec des aliments pauvres en NaCl (viande), on trouvera régulièrement son urine légèrement alcaline pendant les deux premières heures qui suivent chaque repas.

Si, après quelques jours de ce régime pauvre en NaCl, on ajoute en une fois une grande quantité de NaCl aux aliments de l'animal, l'urine devient immédiatement trouble : elle contient d'abondants sédiments de phosphate calcique, de phosphate magnésien et de triple phosphate. Elle présente une réaction fortement alcaline et fait effervescence par les acides. A première vue on pourrait croire l'animal atteint de catarrhe vésical. L'urine peut conserver sa réaction alcaline pendant plus de 10 heures.

Le phénomène ne se montre que le premier jour. Si on continue à fournir à l'animal une alimentation riche en NaCl, l'urine ne présente plus même régulièrement la réaction alcaline pendant les premières heures de la digestion : elle est le plus souvent neutre.

Si l'on donne du NaCl à un animal à jeun, l'urine ne devient pas alcaline.

Il y a sans doute une relation entre la formation de l'acide chlorhydrique dans la digestion stomacale et l'alcalinité plus grande de l'urine à ce moment. Le chlorure de sodium est décomposé par l'eau et l'anhydride carbonique sous l'action des cellules sécrétoires et fournit de l'acide chlorhydrique d'une part, du carbonate de sodium de l'autre. La quantité de HCl formé dans la digestion stomacale dépend sans doute de la richesse en NaCl des liquides nutritifs.

L'ingestion de NaCl constitue donc un moyen d'enlever à l'organisme de la soude, de l'appauvrir en alcali fixe. Peut-être faut-il chercher dans une action analogue du NaCl l'influence que les conserves alimentaires salées exercent sur la production du scorbut. L'action thérapeutique exercée dans ces cas par les légumes riches en sels alcalins d'acides organiques consisterait à restituer à l'organisme l'alcali enlevé par l'emploi du NaCl. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Die Milchsäure des Blutes und ihre Ursprungstätten (L'acide lactique du sang et son lieu d'origine), par G. GAGLIO (*Arch. f. An. u. Phys. phys. Abth., p.* 400, 1886).

Gaglio constate que le sang du chien et du lapin contient normalement de petites quantités d'acide lactique (100 cc. sang de chien = 0,017 gr. à 0,054 gr. d'acide lactique ; 100 cc. sérum de chien =

0,081 gr. d'acide lactique ; 100 cc. sang de lapin = 0,096 gr. d'acide lactique).

Si l'on pratique une circulation artificielle de sang de chien à travers un rein ou un poumon de chien, immédiatement après la mort de l'animal, le sang qui s'écoule par la veine contient près de deux fois autant d'acide lactique que le sang qu'on injecte par l'artère. Il s'agit bien d'une néo-formation d'acide lactique sous l'influence de l'activité des cellules vivantes du rein ou du poumon, comme le prouvèrent des expériences de contrôle, pour le détail desquels nous renvoyons à l'original. Gaglio soupçonne que l'acide lactique s'est formé aux dépens d'inosite. V. Frey avait déjà démontré la formation de l'acide lactique dans le sang pendant son passage à travers les muscles vivants, mais extraits du corps (circulation artificielle). L. F.

Ueber das Vorkommen der Milchsäure im Blute und ihre Entstehung im Organismus (De la présence de l'acide lactique dans le sang et de sa formation dans l'organisme), par BERLINERBLAU (*Archiv für experiment. Path. u. Pharmac., Band XXIII, Heft* 5 *et* 6, 1887).

L'auteur s'est proposé de trancher définitivement deux questions pendantes : 1° présence de l'acide lactique dans le sang ; 2° genèse de l'acide lactique dans l'organisme et éléments de sa formation.

Les recherches sur la première lui fournissent une réponse affirmative, confirmant, d'ailleurs, les recherches faites dans le même temps à Leipzig par G. Gaglio. La méthode d'extraction suivie par l'auteur est la suivante :

Un volume connu de sang artériel est précipité par 4 volumes d'alcool absolu ; le dépôt est rejeté, et la solution, débarrassée de son alcool, est concentrée au bain-marie à un tout petit volume (20 à 30 cc). Pendant cette concentration, il se dépose de l'albumine qu'on sépare et qu'on lave. On acidule alors avec précaution avec de l'acide sulfurique dilué, on filtre et on épuise le liquide filtré par 8 volumes d'éther. La solution éthérée est neutralisée par le carbonate de baryte humide ; la solution concentrée de lactate de baryte est décomposée par l'acide sulfurique, dont on évite un excès, et l'acide lactique enlevé par l'éther. On chasse celui-ci et on transforme l'acide en lactate de zinc par l'ébullition avec de l'eau et de l'oxyde de zinc. On fait cristalliser.

Pour résoudre la deuxième question, l'auteur, partant de la parenté des hydrates de carbone et de l'acide lactique, parenté déjà mise en relief par Liebig et autres, chercha à déterminer :

1° La quantité d'acide lactique contenu normalement dans le sang ;

2° Son augmentation par la transfusion, à travers les organes, de sang défibriné ;

3° Son augmentation après transfusion de sang chargé d'hydrates de carbone (glucose, glycogène, etc.). Cette façon de procéder repose sur des expériences antérieures, notamment sur celles de M. V. Frey et de Gaglio, qui constatèrent qu'en faisant passer pendant longtemps un courant de sang à travers certains organes (poumons, reins, etc.), la quantité d'acide lactique obtenue augmente considérablement, mais n'augmente nullement par la transfusion de sérum, faits qui montrent que : 1° l'acide lactique ne se forme pas dans le système vasculaire, mais

bien dans les tissus de l'organisme; 2° son augmentation est liée à la présence des corpuscules sanguins. Berlinerblau a opéré sur des lapins et des chiens. Après complète saignée, il lavait les organes et les tissus de la partie de l'animal sur laquelle il opérait, en y faisant passer une solution de NaCl à 0,6 0/0 jusqu'à décoloration complète; puis, lentement, et pendant plusieurs heures consécutives, il y faisait circuler le sang défibriné de l'animal, chargé ou non d'une substance étrangère. Finalement il effectuait un nouveau lavage avec la solution de NaCl. Les substances qu'il a ainsi introduites dans la circulation sont : le glucose, le glycogène, les propionate et butyrate de soude. Si l'augmentation de l'acide lactique fut toujours considérable avec les deux premières, elle fut nulle avec les deux acides gras.

L'auteur conclut, dès lors, de ses expériences que l'acide lactique se forme effectivement aux dépens des hydrates de carbone de l'organisme, et notamment aux dépens du glycogène. Sans rejeter la participation des matières albuminoïdes à la genèse de l'acide lactique, il en croit la preuve directe difficile à établir. Quant aux acides gras, qui se forment en si grande quantité dans la destruction des albuminoïdes, leur rôle dans la formation intra-organique de l'acide lactique, l'expérience nous le montre négatif.

Il est à remarquer que l'acide lactique trouvé fut toujours l'acide sarco-lactique. I. WINTER.

Zur Kenntniss der Milchsäure im thierischen Organismus (Sur la recherche de l'acide lactique dans l'organisme), par August HIRSCHLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 41, 1887).

On sait que l'acide lactique est une substance très répandue dans l'organisme. Mais on n'a pas déterminé lequel des trois acides lactiques est celui qui se trouve ainsi disséminé. Pour résoudre cette question, l'auteur a employé la méthode donnée par Hoppe-Seyler pour obtenir le lactate de zinc, avec cette modification que les organes finement hachés étaient épuisés à l'ébullition par de l'acide sulfurique très étendu. On fit parallèlement des expériences en épuisant seulement avec de l'eau, mais on obtint comme résultat final une plus faible quantité d'acide lactique.

On a trouvé dans la rate du bœuf et dans les glandes lymphatiques que l'acide lactique formait un lactate de zinc contenant l'un 13 0/0 d'eau, l'autre 13,02 0/0 d'eau. C'était donc l'acide lactique des muscles. En effet, le sel de zinc de ce dernier contient 12,9 0/0 d'eau. E. H.

Ueber Ptyalin und Labferment im menschlichen Harn (Ptyaline et ferment lactique dans l'urine humaine), par E. HOLOVTSCHINER (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIV, Heft* 1, *p.* 42).

L'auteur se demande ce que deviennent les ferments digestifs de la salive et de l'estomac lorsqu'ils ne sont pas entièrement détruits par le travail soit de la saccharification, soit de la peptonisation. Il constate qu'ils sont résorbés par le sang et qu'ils sont éliminés en nature par les urines.

Pour la ptyaline, il ajoute à l'urine de l'amidon et une solution iodée. Si l'urine ne contient pas de ptyaline, l'amidon n'est pas saccharifié, et

la réaction violette apparaît. Si l'urine contient de la ptyaline, l'amidon se transforme en sucre que la réaction de Moores-Heller ou tout autre réactif permet de reconnaître. Il constate que dans l'urine de la nuit, c'est-à-dire dans l'intervalle des repas, la ptyaline est absorbée et par suite éliminée en grande quantité par l'urine; en effet, on y trouve après l'épreuve précédente beaucoup de sucre, et l'amidon a disparu. Au moment de la digestion, au contraire, la ptyaline étant utilisée, il s'en élimine très peu par les urines. Dans les cas de catarrhe stomacal, ce serait au contraire pendant la période digestive que l'élimination de la ptyaline par les urines atteindrait son maximum.

Pour le ferment lactique, Holovtschiner emploie un procédé analogue. Il ajoute à l'urine une certaine quantité de lait, et voit si la précipitation de la caséine s'effectue. Il reconnaît que l'urine contient toujours ce ferment (Labferment; ferment de la présure) et que le maximum d'élimination se produit 6 heures après les repas; le minimum, de 1 à 2 heures après l'alimentation. P. GALLOIS.

De la présence de l'acide β-oxybutyrique dans le sang diabétique, par Louis HUGONNENQ (*Soc. de Biol.*, 19 *mars* 1887).

L'auteur a pratiqué la recherche de l'acide β-oxybutyrique dans le sang d'un malade dont l'urine contenait $4^{gr},48$ de cet acide par litre. Il en a trouvé $4^{gr},27$ par litre de sang. Il en conclut que de même que l'acide β-oxybutyrique se rencontre dans l'urine de certains diabétiques en quantité considérable, de même aussi il existe dans le sang de certains diabétiques une assez forte proportion de ce même acide, comme les résultats précédents le démontrent.

C'est la première fois qu'on trouve dans le sang l'acide β-oxybutyrique, et l'existence de cet acide est le seul caractère distinctif qu'ait révélé l'analyse entre le sang diabétique et le sang normal. C. WALTHER.

Eine neue Methode zum Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalt (Nouvelle méthode pour démontrer l'HCl libre du suc gastrique), par A. GÜNZBURG (*Cent. f. klin. Med.*, *p.* 738, 1887).

La nouvelle méthode proposée par l'auteur est à la fois plus exacte que les réactions par les couleurs d'aniline, et plus simple et moins dispendieuse que les procédés de Cahn et v. Mering. Elle est basée sur la réaction suivante : si l'on met en présence des traces d'acide minéral concentré avec quelques gouttes d'une solution composée de 2 grammes de phoroglucine et de 1 gramme de vanilline dans 30 grammes d'alcool absolu, on obtient une coloration rouge ponceau et de beaux cristaux d'un rouge vif.

Pour rechercher l'HCl libre du suc gastrique, on prend quelques gouttes de ce suc filtré, autant de gouttes de la solution ci-dessus; on les mélange dans une soucoupe de porcelaine, et on volatilise avec précaution au-dessus d'une lampe à alcool. Ne pas porter jusqu'à l'ébullition, ce qui empêcherait la réaction de réussir.

Par cette méthode, on obtient les cristaux rouges avec une dilution d'HCl de 1/10,000. Avec une dilution de 1/20,000 on a encore des stries rouges ; au-dessous de ce titrage, la réaction n'est plus sensible.

La coloration des cristaux caractéristiques est rouge ponceau, analogue au rouge du Congo.

Les acides organiques étendus ne donnent absolument aucune réaction.

Avec un peu d'habitude, on peut, d'après l'intensité de la réaction, apprécier dans une certaine mesure la quantité d'HCl libre.

Pas de faits cliniques cités à l'appui de la méthode. A. CHAUFFARD.

Ueber die Wirkung der Säuren auf die Magenfunction des Menschen, sowie deren therapeutische Anwendung (L'action des acides sur l'estomac et leur emploi thérapeutique), par JAWORSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 792, 1887).

L'auteur étudie l'action des acides chlorhydrique, lactique, acétique et carbonique sur l'estomac sain ou malade, chez sept sujets.

Il introduit dans l'estomac 100 ou 200 centimètres cubes d'eau distillée contenant soit 3 0/0 d'acide chlorhydrique, soit 1,1 0/0 d'acide lactique, soit 0, 65 0/0 d'acide acétique. Les doses maxima ont été : pour l'acide lactique, 2, 2 c. cubes, soit 1gr,782 ; pour l'acide acétique, 2 c. cubes, soit 1 gr, 8478. Dans un cas il a employé 12 grammes d'acide chlorhydrique dilué en solution dans 400 grammes d'eau.

Ces mélanges sont laissés dans l'estomac 15, 30, 45 minutes ou davantage, suivant les cas, puis retirés à l'aide de l'aspiratenr gastrique.

L'ingestion de ces mélanges ne détermine en général aucun désordre, surtout pour ce qui concerne les deux premiers. L'acide chlorhydrique provoque parfois une sensation douloureuse et du malaise, et laisse à la bouche un goût amer.

La réaction du mucus disparaît.

La réaction du biuret se produit surtout après l'ingestion de l'acide chlorhydrique. Quand cette réaction existe le matin à jeun, elle indique l'hypersécrétion continue du suc gastrique ; elle ne manque jamais dans le catarrhe gastrique acide.

Le liquide retiré de l'estomac par l'aspiration est coloré en jaune par la bile ; mais après filtration il perd sa couleur.

L'examen du liquide prouve que les acides, et surtout l'acide chlorhydrique, provoquent une hypersécrétion notable de la pepsine. Le fait a été constaté même dans deux cas de cancer de l'estomac.

Sous l'influence des acides lactique et acétique, l'hypersécrétion de l'acide chlorhydrique par les glandes de l'estomac ne se produit que faiblement, à peu près comme lorsqu'on fait ingérer de l'eau distillée.

L'auteur voit dans ses expériences le liquide aspiré contenir un grand nombre de noyaux cellulaires, d'autant plus nettement limités et plus brillants que la quantité d'acide ingérée a été plus considérable ; plus volumineux avec l'acide acétique, plus petits avec l'acide chlorhydrique.

Au bout de 5 ou 6 quarts d'heure, l'auteur ne trouve plus trace des acides introduits dans l'estomac.

L'abus des acides compromet la sécrétion physiologique de l'acide chlorhydrique, tandis que les alcalins paraissent la favoriser. Par contre, les alcalins entravent la sécrétion de la pepsine, que favorisent, comme on l'a vu, les acides.

L'emploi des acides, loin de compromettre les fonctions de l'estomac, a causé aux sujets en expérience un bien-être réel.

L'acide carbonique à l'état gazeux ou en solution dans l'eau excite les sécrétions chlorhydrique et pepsique et augmente les propriétés digestives du suc gastrique. L. GALLIARD.

Ueber die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren im Urin bei Krankheiten (De l'excrétion de l'acide sulfovinique dans l'urine dans les maladies), par **Georg HOPPE-SEYLER** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 1, 1887).

1° L'arrêt ou l'abolition de la résorption des produits normaux de la digestion, comme dans l'ileus, la péritonite, les affections tuberculeuses de l'intestin, amènent une augmentation des acides sulfoviniqnes quand il y a putréfaction des produits de la digestion, et résorption de ces substances ;

2° Dans le typhus abdominal, il n'y a aucune augmentation de ces acides, sauf quand le contenu de l'intestin n'est pas évacué ;

3° Dans les maladies de l'estomac, quand la nutrition diminue, que les masses alimentaires fermentent dans l'estomac, il n'y a pas toujours augmentation des acides sulfoviniques ;

4° La marche de la putréfaction dans l'organisme hors du canal intestinal amène une augmentation de l'excrétion, et celle-ci est proportionnelle à la marche de la putréfaction de l'amidon, elle augmente après la rétention des éléments putrescibles et diminue après leur excrétion ;

5° Au lieu du scatoxyle qui se trouve dans l'urine humaine normale, on trouve, après la péritonite, de l'indoxyle. Lors de la guérison de la péritonite, le scatoxyle reparaît. E. H.

Zur Kenntniss der Pettenkofer'schen gallensäure Reaction (Étude sur la réaction de Pettenkofer), par **F. MYLINS** (*Zeitschrift für physiol. Chemie, Band XI, p.* 492, 1887).

La réaction de Pettenkofer avec les acides biliaires se produit avec l'acide cholique, mais non avec les acides hydrocholique, bilianique, et isobilianique. On doit remarquer que les premiers de ces acides contiennent de l'hydroxyle, qui manque chez les seconds.

Dobereiner a montré que cette réaction peut se produire avec du furfurol, du sucre, de l'acide sulfurique étendu et du peroxyde de manganèse. Elle a lieu également dans les mêmes conditions sans peroxyde de manganèse. Le sucre seul ne peut la donner. Par l'action du sucre sur l'acide sulfurique, il se forme des corps volatils : acétone, oxyde de mésityle, phlorone, mais ces substances ne produisent pas de réaction colorée. Le furfurol la manifeste.

On dissout une goutte de furfurol dans $0^{gr},10$ d'eau ; il suffit d'en ajouter quelques goutes à un mélange d'acide cholique, d'eau et d'acide sulfurique, pour obtenir une coloration rouge. La substance colorante est par elle-même incolore, et présente les caractères d'un acide. Elle peut être extraite par l'éther du mélange acide. La matière qui reste après l'évaporation de l'éther se colore en rouge cramoisi par l'acide sulfurique. La solution aqueuse qui reste se colore en bleu.

Toutes les fois que la réaction colorée se produit avec l'acide cholique,

on peut reconnaître la présence du furfurol avec les réactifs de Schiff, aniline et acétate de xylidine.

Voici les réactions de plusieurs substances avec le furfurol et l'acide sulfurique :

Se colorent en rouge.	*Ne se colorent pas.*
Isopropylalcool.	Étyhlalcool.
Isobatylalcool.	Propylalcool normal.
Allylalcool.	Caprylalcool.
Triméthylcarbinol.	Acide acétique.
Diméthyléthylcarbinol.	Acide isobutyrique.
Amylalcool.	Acroléine.
Acide oléique.	Benzol.
Pétroleum.	

E. H.

Einige Beobachtungen über die Verbreitung des Jecorins im thierischen Organismus (Observations sur la distribution de la jécorine dans l'organisme animal), par Dario BALDI (*Archiv für Physiologie.*, *Heft* 2, *p.* 100, 1887).

Drechsel et Stolnikoff ont extrait récemment du foie une substance azotée nouvelle, réduisant la liqueur de Fehling, contenant du soufre et du phosphore, et à laquelle ils ont donné le nom de *jécorine*. Baldi a retrouvé cette substance dans tous les organes où il l'a recherchée : foie du lapin et du chien, rate du bœuf, sang et muscle du cheval, cerveau de l'homme. La jécorine est probablement aussi répandue que la lécithine : il en résulte que toutes les déterminations de la lécithine faites jusqu'à présent (et se basant sur la proportion de phosphore des extraits alcoolico-éthérés) sont entachées d'une erreur due à la présence de la jécorine. Il en est de même des déterminations du sucre, basées sur le pouvoir réducteur des solutions aqueuses ou alcooliques. Il est probable qu'il existe plusieurs espèces de jécorine, de même que nous connaissons au moins trois lécithines et plusieurs nucléines. La substance n'a pas encore été obtenue à l'état de pureté complète, aussi ne reproduirons-nous pas les chiffres des analyses élémentaires de Drechsel et de Baldi. LÉON FREDERICQ.

Ueber den chemischen Nachweis von gelöstem Blutfarbstoff im Harn (Procédé chimique de recherche de l'hémoglobine dissoute dans l'urine), par Carl ROSENTHAL (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIII*, *Heft* 3, *p.* 516).

C. Rosenthal remarque que l'analyse spectrale du sang contenu dans l'urine ne donne que des renseignements insuffisants. Il préfère les procédés chimiques de Heller (par la soude) et de Struve (par le tanin). Il indique une modification de ce dernier procédé, qui permet de reconnaître dans un litre d'urine, même albumineuse, la présence de $0^{gr},25$ de sang. On précipite le fer de l'hémoglobine par le tanin, comme dans le procédé de Struve; on filtre, lave, dessèche et calcine le précipité dans la coupelle de platine, puis on le reprend par l'acide chlorhydrique et l'eau. L'addition de quelques gouttes d'un mélange de ferro- et de ferricyanure de potassium donne la coloration du bleu de Prusse. C'est une sorte de combinaison des procédés de Heller et de Struve. P. GALLOIS.

Ueber die Beziehung einigen in dem Harne bereits vorgebildeten oder daraus durch einfache Proced zu den Huminsubstanzen (Sur le rapport entre les substances humiques et les matières colorantes déjà formées dans l'urine ou développées par des procédés simples), par Ladislaus v. UDRANZSKY (*Zeitschrift für physiolog. Chemie, Band XII, p.* 33, 1887).

Conclusions : 1° Les urines que l'on fait bouillir avec les acides minéraux prennent une teinte foncée avec précipitation de matières humiques ;

2° Ces substances humiques se produisent par la décomposition des substances réductrices de l'urine normale, et leur quantité est en rapport avec le pouvoir réducteur de l'urine ;

3° En faisant bouillir pendant 24 heures l'urine avec l'acide chlorhydrique, il est possible d'enlever complètement les matières humiques. Dans ces cas, l'urine perd complètement son pouvoir réducteur ;

4° Les substances du groupe de l'indoxyle ont vraisemblablement très peu d'influence sur la formation de ces substances humiques ;

5° Les hydrates de carbone en présence de l'ammoniaque à l'état naissant donnent des substances humiques.

L'auteur fait ensuite diverses hypothèses, il suppose que les substances nommées par Proust résine, par Scharling omychmyloxyde, par Heller urrhodine ou rouge d'indigo, par Schunk indirubine ou rouge d'indigo de l'urine, par Scherer matière colorante de l'urine, par Harley urohématine, par Marcet principe immédiat, sont divers noms donnés à des mélanges de substances qui se produisent par la décomposition par les acides ou les ferments en présence de l'air, du temps et de la chaleur avec la matière jaune contenue dans l'urine.

Ces faits peuvent, d'après l'auteur, s'expliquer par le mélange de matières humiques avec les combinaisons de l'indigo et l'urobiline.

Il admet aussi que la couleur de l'urine des chevaux est en rapport avec leur nourriture, et il regarde comme non douteux que cette coloration est en rapport avec la présence des matières humiques. E. H.

Untersuchungen über die Xanthinkörper der Harn (Recherches sur la xanthine de l'urine), par Georg SALOMON (*Zeitschrift für physiol. Chemie, Band XI, p.* 410, 1887).

L'auteur a constaté de nouveau la présence de la xanthine dans l'urine humaine. Chez le chien, il a trouvé une substance qu'il nomme hétéroxanthine. Elle donne les réactions colorées de la xanthine. Sa solution ammoniacale donne, avec le nitrate d'argent, un précipité facilement soluble dans l'acide nitrique étendu, qui laisse déposer lentement des cristaux du sel double d'argent. Elle se dissout dans les solutions de soude étendues, et par évaporation donne des cristaux caractéristiques d'hétéroxanthine et de soude. E. H.

Ueber die Reaction des Eiweis mit Salzäure und den Nachweis u. s. w. (Sur la réaction de l'albumine par l'acide chlorhydrique et sur la démonstration de l'albumine dans l'urine par cette réaction), par LIEBERMANN (*Centralbl. f. med. W., n°* 18, *p.* 322, 1887).

Les matières albuminoïdes traitées par l'acide chlorhydrique concentré prennent une coloration d'un bleu violet.

Cette réaction permet de retrouver l'albumine de l'œuf en solution dans l'urine à 1 pour 1,000. On fait bouillir 10 centimètres cubes de cette urine, on y ajoute une petite goutte d'acide acétique ; on fait bouillir de nouveau. On ajoute cinq fois autant d'alcool à 96° ; on filtre sur un petit filtre ; on lave à quatre reprises avec de l'alcool chaud, puis avec de l'alcool froid, on verse avec précaution le long des parois du tube de l'acide chlorhydrique concentré ; il se produit alors une coloration du plus beau bleu. La réaction réussit avec 5 centimètres cubes d'urine.

Cette réaction a lieu avec les albuminates alcalins, la caséine, la vitelline, la fibrine, la syntonine, la globuline, l'albumine végétale, la fibrine végétale, la légumine. Elle manque avec l'hémoglobine, la chondrine et la kératine. La mucine de la salive humaine l'a donnée. Elle a manqué avec la mucine de l'urine du cheval. A. MATHIEU.

Ueber die Natur der Fettkrystale in den Fœces (Sur la nature des cristaux gras trouvés dans les fèces), par STADELMANN (*D. Arch. f. klin. Med., Band XL, Heft* 3-4, *p.* 372).

Chez une femme qui présentait un cancer de l'intestin généralisé, avec une ulcération très étendue et des noyaux secondaires dans les reins et le cœur, Stadelmann avait trouvé dans les fèces un nombre considérable de ces cristaux aciculaires que l'on considère comme des cristaux d'acide gras. Des recherches plus précises lui ont démontré qu'ils sont constitués par un véritable savon de soude. A. M.

Recherches cliniques sur l'urobilinurie, par G. HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 *août* 1887).

Hayem recueille 3 centimètres cubes de sang par une saignée faite au bout d'un doigt : il en retire 1 centimètre cube de sérum, l'examine au spectroscope, où il constate l'existence des deux bandes de l'oxyhémoglobine, et quelquefois la bande de l'urobiline entre b et F du spectre ; on ajoute une goutte d'eau iodo-iodurée, qui fait paraître ou augmente la bande de l'urobiline ; d'autre part, les pigments biliaires se reconnaissent à l'obscurcissement du violet et du bleu. Pour examiner l'urine, il suffit d'en verser une faible quantité dans un tube à essai ordinaire et de le présenter au spectroscope, où l'urobiline se reconnaît aisément.

L'urine normale contient rarement une proportion d'urobiline suffisante pour donner une réaction spectrale ; mais quelques gouttes d'iode la font paraître. L'urobilinurie n'est que l'exagération d'un fait physiologique. Elle est très fréquente, tantôt passagère, tantôt intermittente, tantôt continue ; peu ou très intense. Si elle est abondante, l'urine devient rouge, hémaphéique.

Hayem a étudié surtout les rapports qui existent entre l'état du sérum et celui des urines, et il a noté quatre combinaisons principales :

1° L'urobiline est seule dans le sérum et dans l'urine ;

2° Il y a urobiline et pigments biliaires dans le sérum, et urobiline seule dans l'urine ;

3° Il existe des pigments biliaires en abondance dans le sérum, et des traces d'urobiline ; dans l'urine, l'urobiline est associée à des pigments biliaires modifiés ;

4° Pigments biliaires et urobiline dans le sérum et l'urine.

L'urobilinurie se constate dans toutes les maladies où Gubler avait signalé l'ictère hémaphéique, maladies aiguës du cœur, du foie, de l'encéphale, intoxications, etc. Hayem ne croit pas que l'urobiline seule puisse produire l'ictère, mais il croit qu'elle est en relation avec diverses autres colorations pathologiques de la peau. On rencontre toujours, en cas d'urobilinurie habituelle persistante, des altérations graves du foie, et spécialement la dégénérescence ou l'infiltration graisseuse de la cellule hépatique.

Hayem accepte la théorie régnante, qui fait dériver l'urobiline de la matière colorante de la bile; il a constaté que la bile à l'état normal contient toujours de l'urobiline, et il admet la possibilité de l'urobilinurie par résorption biliaire. Quand le foie est lésé, il forme en outre des pigments normaux, une proportion relativement forte d'urobiline. Non seulement la réduction des pigments biliaires s'opère normalement dans l'intestin, mais elle peut aussi se faire dans le sang en circulation, puisqu'on peut trouver de l'urobiline dans le sérum, alors que l'urine n'en contient pas. Hayem admet aussi que l'urobiline peut dériver directement de l'hémoglobine sans passer par la biliverdine ou la bilirubine. Selon lui, les faits cliniques prouvent que les cas les plus graves d'urobilinurie sont la conséquence d'une altération graisseuse du foie et de la sécrétion biliaire. La condition pathogénique le plus directement en rapport avec elle, en dehors de cet état anatomique du foie, est l'augmentation de la tension sanguine dans les veines sus-hépatiques. H. L.

Untersuchungen über die Glykuronsäure (Recherches sur l'acide glucuronique, par Hans THIERFELDEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *t. II*, *p.* 388, 1887).

Pour étudier l'acide glucuronique, il fallait d'abord se préoccuper de trouver un procédé qui permît d'en préparer des quantités suffisantes. L'auteur y parvint en partant de l'acide euxanthique. Une partie d'acide euxanthique est chauffée à 120-125° avec 100 ou 200 parties d'eau dans une marmite de Papin pendant environ une heure. Après le refroidissement on obtient une solution claire, fortement acide, dans laquelle flottent des cristaux d'euxanthone, que l'on sépare facilement de l'excès d'acide euxanthique. Les cristaux sont chauffés de nouveau dans la marmite de Papin. Les liquides des deux opérations filtrés et réunis sont évaporés à une température ne dépassant pas 40°, à l'état de sirop épais, et abandonnés à la cristallisation dans le vide. On obtient des cristaux d'anhydride glucuronique ; on les fait recristalliser dans l'eau.

L'acide glucuronique que l'on obtient par la décomposition de son sel de baryte par l'acide sulfurique est une matière sirupeuse incristallisable. Bouilli avec de l'eau, il se transforme en anhydride qui cristallise dans le système monoclinique, d'une saveur douce et un peu amère à la fois. Evaporé au bain-marie, sa réaction devient rapidement acide, par suite de la transformation de l'anhydride en acide ordinaire.

L'acide glucuronique précipite par l'acétate basique de plomb et l'eau de baryte. On ajoute à une solution d'anhydride de l'eau de baryte jusqu'à réaction alcaline, la solution devient claire et neutre après quelque temps ; en ajoutant alors de nouveau de l'eau de baryte, il se dépose

rapidement un précipité floconneux et caractéristique de sel de baryte, en tout semblable à celui que forme l'acide glucuronique en présente d'un excès d'eau de baryte.

Le sel de potasse est bien cristallisé $C^6H^9O^7K$.

Une solution d'une partie de glucuronate de potasse, deux de chlorhydrate de chlorure de phénylhydrazine et trois d'acétate de soude chauffées pendant une heure au bain-marie donnent des aiguilles jaunes microscopiques. L'auteur en rapproche la constitution de celle de la phénylglucosazone donnée par Fischer. L'acide glucuronique se combine au chlorure de benzoïle. La rotation de l'anhydride glucuronique pour des solutions de 8 à 14 0/0 est de $(\alpha)\ D = +19^\circ,25$. Celui du sel de potasse est de $+21^\circ,36$.

L'acide glucuronique réduit les sels de cuivre et de bismuth en solution alcaline, et précipite l'argent métallique des solutions ammoniacales des sels d'argent. Son pouvoir réducteur est sensiblement égal à celui de la dextrose.

Sous l'influence du brome, il se transforme en acide saccharique $C^6H^{10}O^8$, ce qui le rapproche du sucre de raisin et prouve qu'il possède un groupe aldéhydique.

Soumis aux conditions qui transforment la dextrose, la lévulose et les autres hydrates de carbone en acide lévulinique, l'acide glucuronique donne un acide $C^5H^6O^3$ qui ne diffère de l'acide lévulinique que par des atomes d'hydrogène.

Par l'action des alcalis il produit de la pyrocatéchine. E. HARDY.

Nachträgliche Bemerkungen zur Diazoreaction (Nouvelles remarques sur la diazoréaction), par EHRLICH (*Charité-Annalen, p.* 139, 1886).

On connaît la réaction déjà signalée par Ehrlich, laquelle permet de déceler la bilirubine dans un liquide au moyen du sulfodiazobenzol. L'auteur indique un nouveau manuel opératoire qui fournit des résultats plus beaux et plus certains. Il ajoute au liquide en expérience cinq ou six fois son volume d'alcool absolu, puis filtre aussitôt. Il ajoute alors goutte à goutte sa solution (200^{cc} d'une solution d'acide sulfanilique additionné d'acide chlorhydrique, 5^{cc} d'une solution de nitrite de soude à 1/2 0/0), et l'on voit apparaître une couleur rouge, un peu bleuâtre. Si l'on ajoute, comme contrôle, de l'acide chlorhydrique concentré, on obtient la coloration bleue. Ensuite, si l'on verse dans l'éprouvette quelques gouttes d'une lessive de soude ou de potasse, il se forme des anneaux colorés intéressants. Dans le bas, où la réaction est alcaline, on a une belle couleur verte ; dans le haut, resté acide, la coloration bleue a persisté; entre les deux régions se trouve une zone neutre peu épaisse avec un bel anneau rouge pelure d'oignon.

Dans certaines urines, la solution acidulée de sulfodiazobenzol donne une teinte orange qui passe à la teinte citron par l'addition de l'ammoniaque. La substance qui fournit cette réaction serait, d'après Ehrlich, un intermédiaire entre la bilirubine et l'urobiline. Celle-ci est de la bilirubine complètement réduite par l'oxygène, et ne donne pas la diazoréaction. L'auteur pense que cette substance intermédiaire est celle que l'on connaît sous le nom d'urobilinogène, laquelle est la matière colorante du jaune d'œuf.

La réaction du jaune d'œuf se montre dans les urines dans les cas de pneumonie et de pleurésie au moment de la résolution. Pour la pneumonie en particulier, cette réaction aurait une grande valeur pronostique, en annonçant la résorption de l'exsudat. Il pense que cette substance urobilinogène se produit de la façon suivante. Dans les exsudats pneumoniques et pleurétiques, la destruction des globules rouges donne naissance à de la bilirubine qui devrait s'éliminer en nature par les urines; mais le poumon jouirait d'un pouvoir oxydant suffisant pour réduire la bilirubine et l'amener à l'état d'urobilinogène, mais insuffisant pour la faire passer à l'état d'urobiline. P. GALLOIS.

Electrosynthetische Versuche (Essais d'électrosynthèse), par E. DRECHSEL (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 1, 1887).

Drechsel a réalisé plusieurs synthèses de substances organiques intéressantes au point de vue physiologique, en faisant passer à travers un liquide des courants alternatifs, c'est-à-dire dont la direction change constamment.

Il a récemment réussi les mêmes synthèses — notamment celle de l'urée au moyen du carbonate d'ammoniaque — en faisant passer un courant constant à travers un liquide (solution de carbonate d'ammoniaque) tenant en suspension de la mousse de platine. Les petits fragments de platine traversés par le courant acquièrent chacun un pôle négatif et un pôle positif. Le liquide se trouve ainsi parsemé de pôles positifs et négatifs, à l'influence desquels les particules en solution sont successivement soumises. L'effet est le même que si la direction du courant changeait à chaque instant. LÉON FREDERICQ.

Das Eisen und das Hämoglobin im blutfreien Muskel (Le fer et l'hémoglobine dans le muscle exsangue), par ZALESKY (*Centralbl. f. medic. Wisschft., n.* 5, 1887).

Zalesky débarrasse l'arrière-train d'un animal des dernières traces de sang par une injection intravasculaire de sucre de canne à 2,5 0/0. Les muscles de la partie ainsi traitée ne présentent, à l'état frais, aucune des réactions caractéristiques du fer, tandis que leurs cendres contiennent des quantités notables de ce métal. Contrairement à Kühne et à Lancaster, il n'a pu, dans aucun cas, trouver de l'hémoglobine dans les muscles ainsi traités. Il n'a pu, jusqu'à présent, déterminer la nature de la combinaison sous laquelle le fer se trouve dans le muscle. LÉON FREDERICQ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité d'histologie pathologique, par E. RINDFLEISCH, traduit sur la 6e édition, par F. GROSS et J. SCHMITT (*In-8°, Paris,* 1888).

Depuis l'apparition du traité de Rindfleisch et la traduction qu'en avait donnée Gross (1873), six éditions se sont succédé. L'œuvre première a subi des modifications nombreuses, des remaniements importants néces-

sités par les progrès de l'anatomie pathologique et l'extension donnée aux études de bactériologie ; mais l'idée fondamentale reste la même. C'est la cellule dont la lésion primordiale entraîne les modifications pathologiques les plus variées ; c'est elle qu'il faut suivre dans les évolutions normales ou anormales et les métamorphoses de dégénérescence qui peuvent l'atteindre si différentes qu'elles soient en apparence dans les divers tissus, les divers organes; l'élément cellulaire a des analogies de structure, de composition physico-chimique si étroites qu'on peut réduire à un certain nombre de processus élémentaires les altérations les plus complexes des tissus.

Partant de ces données, Rindfleisch étudie dans une 1re partie la morphologie pathologique des cellules (dégénérescence progressive et régressive), dans la 2e partie, la morphologie pathologique des organes (*a* étude générale des troubles de la circulation, hyperémie, inflammation, atrophie, tumeurs, etc., *b*) étude des altérations des divers tissus et organes en particulier.

Un court chapitre consacré à la technique microscopique et un appendice, intitulé courte méthode pour le diagnostic des tumeurs, dû à Fütterer, assistant de Rindfleisch, terminent l'ouvrage. Les annotations nombreuses de Gross et Schmitt et les indications bibliographiques complétées mettent le livre au courant des plus récents progrès de la science. A. C.

Ueber die Diapedese der farblosen Blutkörperchen bei der Entzündung (Sur la diapédèse des globules blancs dans l'inflammation), par C.-A. PEKELHARING (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIV*, *Heft* 2, *p.* 242).

Pekelharing reprend les expériences de diapédèse et note que sur des vaisseaux mésentériques enflammés, l'application des substances paralysant les globules (quinine eucalyptol...) détermine une augmentation du volume des artères et par contre un rétrécissement des veines. La diapédèse est moins abondante et les globules blancs émigrés n'ont pas de mouvements amiboïdes. Ils ont donc pu sortir des vaisseaux quoique étant paralysés. Il fallait savoir si l'action de ces substances a une influence sur l'abondance de la filtration séreuse à travers les parois vasculaires. Pour cela Pekelharing enflamme la patte d'un chien en la maintenant dans de l'eau à 57°, il exerce une compression à la base du membre et recueille la lymphe provenant des lymphatiques. Il injecte alors de la quinine, par exemple, dans le sang de l'animal et constate que l'écoulement lymphatique diminue. En même temps il notait l'état de la pression sanguine : celle-ci sous l'influence de la quinine diminue, mais se relève assez tôt tandis que l'élimination lymphatique continue à diminuer. Il en conclut que la filtration séreuse à travers les parois vasculaires inflammées est diminuée par l'action de la quinine. Il suppose que ces diverses substances ont pour action d'augmenter la consistance de la substance cimentaire intercellulaire des vaisseaux, laquelle se serait ramollie sous l'influence de l'inflammation. P. GALLOIS.

Sur la karyokmèse des cellules épithéliales et de l'endothélium vasculaire observés dans le rein à la suite de l'empoisonnement par la cantharidine, par CORNIL et TOUPET (*Archives de physiologie*, 1er *juillet* 1887).

Les cobayes sous la peau desquels on injecte 15 à 20 gouttes d'une solution de cantharidine au 50e dans l'éther acétique meurent au bout de 2 heures. En les scarifiant une heure après l'injection, on trouve déjà dans les reins des lésions très avancées qui ont été décrites par MM. Cornil et Brault; mais l'on ne peut y découvrir de cellules en division indirecte.

Il n'en est pas de même lorsqu'on administre aux cobayes une très faible dose de cantharidine, une, deux ou trois fois pendant 5 jours. Un grand nombre de cellules des tubes contournés et quelques cellules endothéliales vasculaires présentent alors les diverses phases de la division indirecte. Tous les tubes contournés ne montrent pas indistinctement ces phénomènes, mais un même tube les offre à peu près dans toute sa longueur. Certains lobules du rein paraissent atteints à l'exclusion des autres. A. GILBERT.

Ueber regressive Metamorphosen des Zellkernes (Métamorphoses régressives du noyau cellulaire), par F. HERMANN (*Anat. Anzeiger*, 18 *janvier* 1888).

Un noyau au repos, traité par le liq. de Flemming et soumis à une double coloration par la safranine et le violet de gentiane, fait voir que le réseau chromatique est violet, que les nucléoles ont pris une teinte rouge. Si le noyau est en voie d'atrophie, la substance nucléaire qui se colore en rouge augmente aux dépens de la substance violette; des grains colorés en rouge paraissent à la périphérie du noyau, qui devient pour ainsi dire polynucléolé; d'abord unis par des ponts de substance identique à eux-mêmes, ces grains deviennent indépendants plus tard, par suite de la disparition des filaments anastomotiques.

L'auteur rappelle que Pfitzner, Unna, Krause ont vu de ces images dans les épithéliums et les globules rouges; Flemming, qui les a observées dans les follicules ovariens en voie de régression, les a nommées « figures chromatolytiques. » L'auteur ajoute ses observations sur les cellules de l'écorce du poil, les cellules qui s'atrophient dans les bourgeons du goût, les éléments cartilagineux de la ligne d'ossification, et surtout les éléments glandulaires.

L'auteur a étudié à cet égard les glandes muqueuses de la langue, et la glande sous-maxillaire à type séreux, chez le lapin, la sous-maxillaire du chien (gl. muqueuse) et les cellules caliciformes de l'épithélium buccal chez les larves de Salamandre. Il étudie chaque fois les éléments au repos, et les cellules dont la sécrétion s'élabore, sous l'influence de la pilocarpine. Dans le noyau ratatiné des cellules au repos, que le produit de sécrétion antérieurement préparé remplit complètement, il trouve des grains chromatiques à coloration rouge, tout comme dans les noyaux en voie d'atrophie. Le noyau des cellules vides encore de produit sécrété, mais en voie d'élaboration sécrétoire, contient au contraire un réseau chromatique teinté en violet.

Il en résulte que l'élément nucléinien des cellules glandulaires n'est pas inactif, dans le processus de sécrétion; il ne subit pas simplement

d'une façon passive la pression du produit accumulé, et n'éprouve pas conséquemment de simples changements de forme. Mais en lui se déroulent, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue chimique, des processus qui l'amènent, dans la cellule que remplit le produit sécrété à ressembler absolument aux figures chromatolytiques des noyaux en train de s'atrophier. Le noyau donc est frappé, en même temps que la sécrétion se fait, d'une métamorphose régressive, qui, semblable à celle que manifestent les noyaux en voie d'atrophie, pourrait faire croire qu'elle sera suivie de la mort de la cellule, tandis qu'elle n'est ici qu'une des phases des phénomènes cycliques qui se succèdent dans les cellules glandulaires.

(Cette note est le résumé d'un travail étendu, qui paraîtra ailleurs.)

A. PRENANT.

Einiges ueber die Einwirkung der Härtungsmethoden u. s. w. (Réflexions sur l'action des méthodes de durcissement sur les caractères des cellules ganglionnaires de la moelle du lapin et du chien, par **Stanislaus TRZEBINSKI** (*Arch. f. path. An. u. Phys. CVII, Heft* 1, *p.* 1).

L'auteur a voulu vérifier si diverses lésions médullaires décrites récemment par Kreyssig, dans l'empoisonnement par le phosphore et l'arsenic (*Arch.*, *f. path. Anat.*, CII) ne pouvaient pas être attribuées aux méthodes de durcissement employées. Il établit donc une comparaison entre elles. Il trouve que le liquide de Müller favorise la production des vacuoles dans l'intérieur des cellules, l'alcool provoquerait la formation des espaces péri-cellulaires. Il considère que la méthode la meilleure consisterait à mettre les fragments de moelle dans une solution de sublimé, puis dans l'alcool. De cette façon, sur une moelle saine, il ne se produit pas de vacuoles, ni d'espaces péri-cellulaires, et les détails du noyau se montrent bien sous l'influence des réactifs colorants. C'est cependant, reconnaît-il, une opinion à vérifier. P. GALLOIS.

Ueber Theilungsvorgänge in den Riesenzellen des Knochenmarkes (Processus de division des cellules géantes de la moelle), par **W. WERNER** (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVI, Heft* 2, *p.* 354).

En étudiant les cellules géantes de la moelle du lapin, Werner constate que leur noyau présente une distribution de la chromatine, et des dispositions de la substance nucléaire qui rappellent les figures de la division cellulaire. Il pense qu'elles ne représentent pas un stade de dégénérescence, mais bien plutôt une preuve de vitalité. Elles subiraient un mode de division qui n'aurait rien de commun avec celui de la mitose. Chez le chien, le chat et chez l'homme, on rencontre des cellules analogues, mais présentant une apparence bien moins compliquée.

P. GALLOIS.

Ueber De-und Regeneration von Nervenfasern, par HOCHWART (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 1, 1887).

Quand on examine dans l'acide osmique le bout périphérique du sciatique du lapin ou du chien trois ou quatre jours après la section, on constate la fragmentation de la myéline et du cylindre-axe. Bientôt on

voit entre les fragments de myéline des masses incolores qui sont constituées par du protoplasma, par du tissu jeune. Plus tard, les boules de myéline perdent la propriété de noircir par l'acide osmique et se transforment en fragments jaunâtres, cassants. Alors on peut agir avec le carmin qui colore en rose des éléments fusiformes semés entre les débris myéliniques. Ces éléments ont une grande analogie avec les fibres nerveuses embryonnaires. En outre, les fibres nerveuses contiennent une grande quantité de noyaux.

La présence des éléments fusiformes et des noyaux indique le retour des fibres nerveuses à l'état embryonnaire. Il s'agit donc, dans la dégénération, d'un processus inflammatoire.

A côté des fibres nerveuses embryonnaires, on trouve des filets minces qu'on peut appeler fibrilles et qui paraissent être des débris de tubes à myéline.

Au bout de vingt jours, le tube périphérique du nerf sectionné n'est plus composé que de faisceaux embryonnaires.

Dans le bout central, au voisinage du point de la section, l'auteur constate des phénomènes de dégénération identiques; souvent les lésions s'arrêtent devant le premier étranglement annulaire.

C'est la fibre embryonnaire qui fournit le nerf régénéré. On voit apparaître sur les bords des granulations grisâtres qui se réunissent pour constituer la myéline, tandis que les parties centrales forment le cylyndre-axe. Mais l'auteur admet que les fibres nerveuses régénérées naissent non seulement des fibres nerveuses transformées, mais aussi d'éléments inférieurs, de noyaux qui existent dans l'intervalle des filets nerveux. Il compare les phénomènes observés ici à ceux du développement des nerfs chez l'embryon. L. GALLIARD.

Zur Histologie der gequetschten peripherischen Nerven (Sur l'histologie des nerfs périphériques contusionnés), par F. TANGL (*Arch. f. mik. Anat., Band XXIX, Heft* 3, *p.* 464, 1887).

Non seulement la dégénération et la régénération des nerfs sectionnés ou contus, mais encore les modifications de structure qui succèdent à la contusion, ne sont pas actuellement complètement connues. C'est, notamment, la manière dont se comporte le cylindre d'axe qui a échappé aux investigations.

L'auteur s'est servi pour ses recherches du nerf ischiatique du lapin, comprimé par une ligature temporaire. (Acide osmique, puis coloration à l'éosine ; ou bien Bik, puis coloration à la nigrosine en solution aqueuse (1 °/₀) ou à la fuchsine.) Sur des préparations obtenues de cette manière on peut constater que : 1° lorsque la contusion a été forte, le cylindre d'axe, dans la plupart des fibres, est sectionné au niveau du point où s'est exercée la constriction. Le bout central et le bout périphérique se rétractent, mais, contrairement à Neumann, sans se fusionner avec la masse médullaire, toujours ils restent bien différenciés au milieu de celle-ci. 2° lorsque la contusion a été moins violente, le cylindre d'axe à l'endroit de la ligature est seulement comprimé, mais non pas sectionné, il reste ininterrompu.

Il résulte de ceci, entre autres conclusions, que le cylindre d'axe n'est

pas un élément fluide, mais au contraire, un élément résistant, élastique, au moins semi-fluide. A. NICOLAS.

Ueber den Bau des Rückenmarkes bei Microcephalen (Sur la structure de la moelle dans les cas de microcéphalie, par A. STEILECHNER-GRETSCHISCHNIROFF (*Archiv für Psychiatrie und Nervenks, Band XVII, Heft* 3, *p.* 649).

Dans deux cas de microcéphalie, étudiés avec soin par l'auteur, il existait un développement insuffisant de la moelle une véritable micromyélie qui ne trouvait sa raison d'être dans aucune affection locale. Cet arrêt de développement intéressait en première ligne la substance blanche et notamment les faisceaux pyramidaux et les cordons de Goll; puis à un moindre degré les cordons antérieurs; la région des cordons cunéiformes paraissait n'y point participer.

Dans l'un de ces deux cas de microcéphalie où l'atrophie atteignait sa plus grande intensité, les cellules nerveuses étaient diminuées de nombre dans la substance grise.

L'auteur attribue à cette micromyélie une signification secondaire, en ce sens qu'il la considère comme étant une conséquence de l'arrêt de développement de certaines parties du cerveau. RICKLIN.

I. — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes, par G. RAPPIN (*Nantes*, 1887).

II. — Die Aetiologie des Carcinoms, par SHEURLEN et SCHILL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 935, 5 *décembre* 1887).

III. — Ueber den regelmässigen Befund von Doppelpunktstabchen im carcinomatösen und sarcomatösen Gewebe (Bâtonnets en point double trouvés constamment dans le sarcome et le carcinome), par SCHILL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1034, 1887).

IV. — Cultivation experiments with malignant new growths (Expériences de cultures de tumeurs malignes), par Ch. BALLANCE et Samuel SHATTOCK (*Brit. med. journ.*, *p.* 929, *octobre* 1887).

I. — Il existe dans l'intimité des tissus, des carcinomes et des sarcomes, et dans quelques tumeurs bénignes, des microcoques dont la présence peut être démontrée d'abord par l'emploi des réactifs colorants.

Les cultures de tissus provenant de tumeurs malignes donnent toujours naissance à un diplocoque qui se retrouve constamment le même; par sa morphologie, ce diplocoque se rapproche d'un organisme que l'on rencontre dans les suppurations; l'inoculation de cultures pures de cette bactérie aux animaux peut produire des effets analogues à ceux de cet organisme.

Des particules de tissus normaux, mises, avec toutes les précautions nécessaires, en contact avec des milieux nutritifs appropriés, donnent naissance à des bactéries. J. B.

II. — En se servant comme nourricier de sérosité pleurale figée par la chaleur, Scheurlen a réussi à obtenir aux dépens de parcelles de tissus cancéreux des bacilles de 1,5 à 2,5 μ de long sur 0,5 de large et des spores brillantes à reflet verdâtre et de formes ovoïdes. Les bacilles semblent se mouvoir en tous sens, autour de leur point central,

comme le fléau d'une balance. Les spores ne se colorent que par le procédé classique d'Ehrlich pour les bacilles tuberculeux. Quant aux bacilles, ils n'offrent rien de caractéristique à cet égard, car tous les procédés sont bons pour les colorer, mais l'alcool les décolore presque instantanément. D'ailleurs la coloration des spores comme celle des bacilles n'est jamais uniforme. Les spores sont toutes de mêmes dimensions 0, 8 μ de large sur 1, 5 de long et ont un mouvement tremblotant et en vrille.

Sur les coupes des tissus morbides, Scheurlen n'a jamais découvert de bacilles ni de spores. Il n'en est pas de même dans le suc cancéreux où il a retrouvé les mêmes spores qui sont plus souvent à l'extérieur des cellules qu'à leur intérieur.

Bacilles et spores du suc se cultivent plus facilement que ceux de la tumeur même; leurs cultures prospèrent dans tous les milieux nourriciers solides ou fluides.

Scheurlen a inoculé dans la mamelle des chiennes les produits de cultures pures ; ils donnent lieu à la naissance d'une tumeur. J. B.

III. — Schill trouve constamment, depuis 1882, dans les coupes de tissus sarcomateux et carcinomateux et dans le suc obtenu par le raclage, un bâtonnet qui se laisse colorer, par la méthode de Gram, à ses deux extrémités. Le bâtonnet ressemble à une allumette portant du phosphore à ses deux bouts.

Il y en a d'autres qui se colorent également sur un point de leur partie moyenne ou qui présentent une série de points colorables.

Le bâtonnet est deux fois plus épais qu'un bacille tuberculeux, du moins dans le carcinome. Il est plus petit dans le sarcome, où son accumulation est du reste moins grande.

En le cultivant, l'auteur a reconnu que ce n'est pas un vrai bacille, mais une forme végétative d'un mycélium. L. GALLIARD.

IV. — Les recherches de Ballance et de Shattock ont porté sur 22 cas de carcinome, 1 sarcome, 3 lipômes et 1 myxome, et les cultures faites avec tout le soin possible. Les résultats ont été négatifs et les tubes sont restés stériles. Il en a été de même dans des expériences de contrôle faites avec des tissus sains. H. R.

I. — Bemerkungen über den weissen Thrombus (Observations à propos du thrombus blanc), par WEIGERT (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 7, 1887).

II. — Constitution du thrombus, par EBERTH et SCHIMMELBUSCH (*Ibidem*, *n°* 15, 1887).

I. — Weigert n'admet pas les idées d'Eberth et Schimmeltusch sur la formation des thrombus (*Revue des Sc. méd.* XXVIII. 442), et ne croit pas que les plaquettes du sang jouent un rôle considérable dans la genèse de la thrombose. Lorsqu'on examine un thrombus récent, on peut facilement se convaincre qu'il ne s'agit pas d'un processus de conglutination, mais bien de coagulation se faisant autour d'un amas de globules blancs (Thrombus blanc de Zahn). Pour soutenir ces opinions, Weigert s'appuie sur des recherches anatomiques qu'il a pu, grâce à un nouveau procédé de coloration de la fibrine, rendre beaucoup plus exactes.

II. — En réponse aux observations et critiques formulées par Weigert,

les auteurs font remarquer que le point de départ des recherches de leur contradicteur est entièrement différent du point de vue auquel ils se sont placés; ils n'ont point étudié le thrombus formé, mais son mode de formation. Ils ne nient pas que les leucocytes ou la fibrine jouent un grand rôle dans le processus de la thrombose, mais ce n'est pas celui qu'on a coutume de leur attribuer. Le stade de début dans la formation du thrombus appartient aux hématoblastes (plaquettes du sang); la conglutination, la coagulation et la précipitation de la fibrine sont des processus différents les uns des autres. W. ŒTTINGER.

Ueber Knochenbildung an den Arterien (Ossifications artérielles), par Carl COHN (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVI, Heft* 2, *p.* 378).

L'auteur constate que la calcification est beaucoup plus fréquente dans les artères que l'ossification véritable. Il étudie en particulier la calcification et signale ce fait que, dans les plaques calcaires artificiellement décalcifiées des vaisseaux, les noyaux des fibres musculaires de la tunique moyenne ont disparu, tandis que l'apparence stratifiée de cette tunique persiste longtemps. Dans les plaques calcaires, il a rencontré encore deux altérations intéressantes. Dans l'une, il s'agit d'une cassure véritable d'une plaque : les deux fragments sont plus ou moins exactement revenus en contact, ils peuvent même chevaucher. Dans leur intervalle, il se produit une sorte de cal véritable de nature conjonctive. Il est très vraisemblable que c'est au niveau de ce cal que les anévrismes ont le plus de chances de se développer. Ces cassures se font sans doute sous l'influence d'une pression (sang ou mouvements). Dans le second cas, peut-être encore à la suite de la fracture d'une plaque on trouve des espèces de cavités rappelant les espaces médullaires décrits par H. Müller dans l'ossification des tendons des oiseaux. Au milieu de ces espaces médullaires, et d'une façon irrégulière, se forment de véritables noyaux osseux, présentant non seulement une substance fondamentale calcifiée, mais encore des cellules emprisonnées dans les formations calcaires. Elles rappellent presque absolument les cellules osseuses, ou plus exactement celles que l'on a désignées sous le nom d'ostéoklastes. Ce serait là le processus le plus commun de l'ossification véritable dans les artères. P. GALLOIS.

Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebsneubildung u. s. w. (La formation du tissu conjonctif dans la tunique interne des vaisseaux dépend des conditions mécaniques de la circulation.) L'artériosclérose, par R. THOMA (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIV, Heft* 2, *p.* 209 *et Heft* 3, *p* 401 ; *CV, Heft* 1 *et* 2 ; *CVI, Heft* 3).

Dans un travail précédent (voir *R. S. M.*), Thoma a démontré qu'un ralentissement permanent de la circulation dans un vaisseau détermine un rétrécissement de son calibre, dû en partie à une contraction de la tunique moyenne, et en partie à une production de tissu conjonctif dans la tunique interne. Dans l'artériosclérose diffuse dont il s'occupe dans le premier travail (réservant pour un autre l'artériosclérose noueuse), il se produit également une néo-formation anormale de tissu conjonctif, mais la tunique moyenne présente des phénomènes variables suivant

les cas. Il étudie d'abord sur des aortes remplies de paraffine à 45° sous une pression de 15 centimètres de mercure, les diamètres et les courbures des vaisseaux normaux et pathologiques, et reconnaît que, dans les cas d'artériosclérose, le calibre des vaisseaux est moins régulier, généralement plus grand qu'à l'état normal. L'épaisseur de la tunique moyenne est généralement accrue, mais elle ne croît pas d'une façon proportionnelle au diamètre. Ces différences dans l'accroissement de la tunique interne permettent de distinguer deux formes d'artériosclérose diffuse : l'une primitive, l'autre secondaire.

Dans l'artériosclérose primitive, les lésions anatomiques sont occasionnées directement par la distension due à la pression du sang sur une tunique moyenne peu résistante par suite de l'âge ou des maladies. Dans ce cas, on observe un élargissement et une courbure des vaisseaux par l'hypertrophie de la tunique moyenne et par un épaississement fibreux de la tunique interne. La surface de section du vaisseau incurvé prend une forme elliptique à petit axe perpendiculaire au plan de la courbure ce qui est la règle pour les courbures des vaisseaux normaux. L'élasticité du vaisseau est diminuée, ce qui exagère la résistance au passage du courant sanguin, et provoque une hypertrophie cardiaque et l'apparition du pulsus celer.

Dans l'artériosclérose secondaire, les altérations sont occasionnées par des lésions d'une autre partie de l'appareil circulatoire, par exemple des capillaires. La circulation se trouve ralentie. Dans ce cas, il se fait un épaississement fibreux compensateur de la tunique interne, lequel diminue le calibre des artères, et peut également leur donner une section elliptique. L'élasticité du vaisseau est diminuée, la résistance au passage du sang s'accroît et provoque comme précédemment l'hypertrophie cardiaque, et le pouls rapide. La tunique moyenne subit une hypertrophie bien moindre que dans le cas précédent, et qui est due à l'exagération de la pression sanguine.

Les deux formes sont fréquemment combinées.

Après avoir étudié les diverses formes d'artériosclérose diffuse, Thoma passe à l'étude de l'artériosclérose en foyers ou noueuse. Cette forme d'artériosclérose est celle que l'on décrit d'ordinaire sous le nom d'athérome. Anatomiquement différente des formes d'artériosclérose diffuse, elle est très fréquemment associée à l'une d'elles, l'artériosclérose diffuse primitive, c'est-à-dire à celle dans laquelle les lésions sont dues à une altération de la tunique interne, sénile ou pathologique, mais non consécutive à une lésion des capillaires. Il étudie les diverses étapes de la lésion en foyer, ses processus de dégénération et de régénération, mais il insiste surtout sur ce fait que les modifications de la paroi vasculaire débutent toujours par la tunique moyenne dont la résistance diminue, et que les lésions de la tunique interne ne sont que secondaires à celles-ci et constituent une véritable endartérite compensatrice. Dans ce cas, la distension de la tunique moyenne étant locale, c'est dans le même point que se fait, dans la tunique interne, le développement du tissu fibreux compensateur. Les phénomènes de dégénération se montrent dans la tunique interne au milieu des couches les plus voisines de la moyenne. Ces dégénérations caractéristiques de l'artériosclérose noueuse sont la pétrification et les dégénérescences graisseuse, hyaline et athéromateuse. Dans ces

deux derniers cas, le tissu dégénéré prend un volume supérieur à la normale, forme une saillie dans l'intérieur du vaisseau dont le calibre se trouve déformé. Dans les cas de réparation, il se fait un véritable tissu de granulation qui absorbe, pour ainsi dire, la partie dégénérée et peut, en se transformant en tissu de cicatrice, rendre au vaisseau son calibre normal.

L'auteur se propose d'étudier, dans un nouveau travail, les épaississements de la tunique interne que l'on observe aux points de division des artères.

Thoma, dans sa dernière communication, publie surtout les dessins des artères dont il a parlé dans ses communications antérieures. Il signale, en outre, des déviations des artères scléreuses, une déformation spirale ou en pas de vis. La section de l'artère est elliptique et le grand axe de l'ellipse examiné sur des coupes examinées successivement de haut en bas, se dévie en général dans le sens des aiguilles d'une montre. Il insiste à nouveau sur l'opinion qu'il a antérieurement émise, que la formation du tissu conjonctif est un processus compensateur. C'est par la tunique moyenne que les lésions débutent, l'artère perd de sa résistance et le travail conjonctif qui s'opère dans la tunique moyenne a pour action de consolider la paroi et de rétablir autant que possible le diamètre normal du vaisseau quand la paroi a fléchi. Cependant, au niveau où une branche se détache d'un tronc primitif, il y a plutôt un rétrécissement à l'origine de la nouvelle artère. P. GALLOIS.

Uber das Atherom besonders mit Bezug auf seine Entstehung (**Sur l'athérome particulièrement au point de vue de son origine**), **par F. FRANKE** (*Archiv. f. klin. Chir.*, *XXXIV*, *Heft* 3 *et* 4).

L'auteur, après avoir soigneusement analysé tout ce qui a été écrit sur le sujet, donne dans le plus grand détail l'analyse de dix-sept athéromes qu'il a étudiés microscopiquement. Certains d'entre eux étaient de très petit volume. Tous siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, bien au-dessous des glandes sébacées; les plus petits atteignaient à peine la limite du derme, tandis que, dans la profondeur, ils s'étendaient jusqu'aux muscles. Ces tumeurs se laissaient facilement énucléer. Aucune n'était adhérente à la peau, et il n'y avait aucune trace de conduit excréteur oblitéré ou atrophié. Au contraire, lorsque les tumeurs siègent dans la peau, on trouve constamment le vestige d'un conduit excréteur.

Les athéromes de très petit volume ne sont nullement des kystes, mais bien des tumeurs solides. C'est seulement lorsqu'ils ont atteint un volume considérable que leur partie centrale se ramollit. Tout le contenu de ces tumeurs est formé de cellules qui appartiennent au type épidermique. Le groupement des cellules est fort variable. Très souvent il donne lieu à la formation de globes épidermiques. On trouve dans les cellules de ces athéromes de l'éléidine parfois en quantité considérable. La kératinisation se produit à une distance variable de la périphérie de la tumeur, et d'après l'auteur, elle n'aurait pas de rapport avec l'éléidine. Les cellules kératinisées contiennent souvent du carbonate de chaux ; la tumeur peut se calcifier, mais son ossification est infiniment rare. Certains auteurs ont trouvé des cheveux très fins dans des athéromes; mais peut-être s'agissait-il dans ces cas de kystes dermoïdes.

Un fait important, c'est l'existence de papilles dans un certain nombre d'athéromes. Ces papilles existent primitivement dans les petits athéromes, et ne sont pas la conséquence de modifications secondaires survenues tardivement dans de vieilles tumeurs. Ces papilles sont très vasculaires; elles expliquent les épanchements sanguins qu'on rencontre parfois. Dans la paroi, on trouve des cellules géantes, qui, d'après l'auteur, n'ont aucun rapport avec le développement ou l'accroissement des vaisseaux sanguins.

Ces athéromes sous-cutanés se développent dans les premiers temps de la vie. Si on ne les remarque souvent que lors de la puberté ou même plus tardivement, cela tient à l'extrême lenteur de leur développement. Si l'on ajoute à ce fait cet autre, que ces tumeurs sont souvent héréditaires, on arrivera, dit l'auteur, à cette conviction que ces athéromes ont une origine congénitale.

Dans la suite de leur développement, lorsque ces tumeurs ont atteint un certain volume, il arrive assez souvent qu'elles se rompent et vident leur contenu; l'inflammation les envahit ensuite. Dans d'autres cas, elles s'enflamment et suppurent avant de s'ouvrir. Dans ces tumeurs ouvertes et enflammées, l'épithélium subit des proliférations abondantes et donne lieu à des formations qui pourraient faire croire à une dégénérescence épithéliomateuse. En réalité, la transformation des athéromes en épithéliomes est infiniment rare; il n'y en a que 18 cas dans la science. La transformation sarcomateuse est encore plus rare et même problématique.

Quelle est l'origine de ces athéromes sous-cutanés? Ce sont des tumeurs congénitales dues à un enclavement, qui s'est produit pendant la vie intra-utérine. L'auteur rejette la théorie de la rétention. Cette rétention ne pourrait se produire que dans les glandes sébacées ou dans les follicules pileux. Les glandes sébacées sont exclues par ce fait même qu'elles ne s'étendent pas au delà du derme. Restent les follicules pileux. Mais si c'est l'occlusion des follicules pileux qui produit les athéromes, comment se fait-il qu'on ne trouve jamais d'athéromes au voisinage des anciennes brûlures de cicatrices, là où un grand nombre de follicules ont dû être coupés ou obstrués. Comment se fait-il que les plus petites tumeurs ne présentent pas trace de follicule, et sont complètement entourés de tissu conjonctif? Comment se fait-il que la peau est parfaitement mobile à leur surface, que leur paroi présente des papilles? Comment se fait-il enfin qu'on ait trouvé des athéromes en des régions où il n'existe ni follicules pileux, ni glandes sébacées. Il ressort de tout cela pour l'auteur, qu'il faut séparer nettement les athéromes sous-cutanés des kystes par rétention qui peuvent se former aux dépens des glandes sébacées ou des follicules pileux, et qui siègent toujours dans la peau. Les premiers, les athéromes qui siègent au-dessous de la peau dans le tissu cellulaire, sont dus à l'enclavement fœtal de bourgeons épidermiques; ils sont très voisins des dermoïdes ; l'auteur propose de les appeler *épidermoïdes*.

PIERRE DELBET.

Ueber erworbene Störungen in den Elasticitätsverhältnissen der grossen Gefässe (Modifications pathologiques de l'élasticité des gros vaisseaux, par O. ISRAËL (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIII, Heft* 3, *p.* 461).

Israël découpe sur l'aorte de petits fragments de la paroi artérielle de six centimètres de long et de cinq millimètres de large. Il les dépouille de la tunique adventice, s'assure que l'endothélium n'est pas malade, et les suspendant à une extrémité, fixe à l'autre des poids, puis mesure l'allongement produit par cette traction. Il constate d'une façon générale que l'élasticité de l'aorte va en augmentant depuis l'orifice aortique jusqu'à l'aorte abdominale. L'allongement moyen chez des chlorotiques est de 7 ^{mm},422 par une traction de 100 grammes ; chez des brightiques, il n'est que de 6^{mm}, 471. Le fait est intéressant à signaler, car il apporte une preuve de plus de l'existence des lésions scléreuses artérielles dans la néphrite. P. GALLOIS.

Thrombose purulente du cœur par métastase, par C. MAGLIA (*Il Morgagni, octobre* 1887).

A l'autopsie d'un sujet mort de septicémie consécutive à un abcès de la fosse iliaque, l'auteur a trouvé dans le cœur droit des caillots fibrineux renfermant un liquide jaune verdâtre fétide présentant au microscope tous les caractères du pus. Il conclut de cette observation que le pus peut être transporté par les veines jusque dans le cœur, s'y arrêter et s'y entourer de fibrine, que les abcès métastiques peuvent se produire par transport du pus en nature et indépendamment de tout autre processus, que les thrombus cardiaques contenant du pus amené par métastase se rencontrent de préférence dans le cœur droit et spécialement dans l'oreillette droite, que l'endocardite mycosique nécessite pour se produire, outre une lésion de l'endocarde, une certaine puissance de réaction de l'endocarde, et que c'est peut-être là la raison pour laquelle l'endocardite ulcéreuse est relativement rare alors que les processus infectieux sont si communs. GEORGES THIBIERGE.

De l'artérite typhique, par G. RATTONE (*Il Morgagni, octobre et novembre* 1887).

Rattone rapporte huit observations de lésions des artères dans la fièvre typhoïde avec examen histologique. Il a trouvé ces lésions dans toutes les artères, aussi bien dans les artères du type musculaire que dans celles du type élastique. Il place dans une artérite des vasa-vasorum le point de départ des lésions qui peuvent envahir toutes les tuniques artérielles, mais sont toujours plus prononcées dans la tunique interne où elles revêtent la forme d'endartérite en plaques ou d'endartérite lisse et diffuse. Dans deux cas où la mort était survenue à une période peu avancée de la fièvre typhoïde, l'auteur a constaté la présence du bacille typhique dans les parois artérielles enflammées ; il a de plus obtenu des cultures de ce bacille recueilli au niveau des plaques d'endartérite.

GEORGES THIBIERGE.

Tumeur tuberculeuse du cœur ; mort subite, par ROCHET (*Bull. Soc. Anatom p.* 150, 1887).

Homme de 22 ans, entré à l'hôpital pour un phlegmon du cou-de-pied

phlegmon qui tend à devenir diffus ; le malade meurt subitement. A l'autopsie, on trouve une symphyse cardiaque et dans la paroi de l'oreillette droite une tumeur tuberculeuse à centre caséeux, recouverte par l'endocarde non altéré. — L'auteur n'a pas trouvé le bacille caractéristique.

Cornil et Netter font quelques réserves sur la nature tuberculeuse de la lésion. A. BROCA.

Ueber einem Fall von perforirender Tuberculose der platten Schädelknochen u. s. w. (Sur un cas de tuberculose perforative des os du crâne ; contribution à l'étude de l'histogénèse de la tuberculose des reins), par Gustav HAUSER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XL.*, *Heft* 3-4, *p.* 267, 1887).

Il s'agit d'une femme de 51 ans qui présentait de nombreux abcès tuberculeux et des foyers de granulations, avec plusieurs perforations des os du crâne. Sur la dure-mère, il existait également de nombreux foyers de granulations qui atteignaient même la pie-mère et le cerveau. Un de ces foyers s'était ouvert dans le sinus transverse du côté droit. Pachyméningite hémorragique peu accentuée. Inflammation chronique légère de l'épendyme, avec épanchement léger hydroencéphalique. Tuberculose miliaire des poumons, du foie, des reins.

L'auteur a étudié particulièrement les reins qui présentaient des lésions tuberculeuses à leur premier stade : il en a donné la représentation dans deux planches annexées à son mémoire. Les bacilles tuberculeux existent dans les anses de certains glomérules, sans aucune lésion inflammatoire proliférative. Les cellules épithéliales du glomérule sont en grande partie tombées : elles ont subi une sorte de nécrose de coagulation qui fait que leurs noyaux ne se teintent plus par les réactifs colorants.

Dans d'autres glomérules, les bacilles sont beaucoup plus nombreux, et il existe une prolifération inflammatoire plus ou moins marquée. Cette prolifération, avec accumulation de cellules migratrices se fait en dehors de la capsule, et dans l'intérieur du bouquet glomérulaire. Les bacilles, plus nombreux dans les anses glomérulaires, se répandent dans le tissu avoisinant, autour de la capsule. On les retrouve au voisinage dans les canalicules contournés, dans l'interstice des cellules en voie de multiplication, quelquefois dans les cellules elles-mêmes. ALBERT MATHIEU.

Ueber die Bildung von Bürstenbesätzen an den Epithelien diphterischerkrankter Nieren (Sur la formation des bordures en brosse dans les cellules épithéliales du rein diphthéritique), par OERTEL (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXIX Heft* 4, 1887).

Dans les canalicules contournés et dans les canalicules droits de reins atteints de diphtérie, Oertel a observé les faits suivants. On aperçoit que les cellules ont perdu, du côté de leur bord convexe qui regarde la lumière du tube, leur membrane cellulaire, et qu'à la place il y a une rangée de bâtonnets larges et de forme noueuse. Ceux qui correspondent à la partie la plus saillante de la cellule sont les plus longs ; tantôt leur base se continue avec le reste du protoplasma qui n'a pas subi de modifications ; tantôt il existe un liséré-limite qui établit une ligne de démarcation tranchée entre la cellule munie de son noyau et la bordure de brosses. A cet égard, on observe des aspects variables. Lorsque les transformations dont les cellules sont le siège s'accentuent, les bâtonnets

deviennent plus longs, et ils le deviennent aux dépens de la hauteur de la couche de protoplasma qui leur sert de base, c'est-à-dire que ces bâtonnets envahissent de plus en plus la cellule et arrivent enfin jusqu'à sa limite externe.

Oertel considère ces aspects comme le résultat de l'action du poison diphtéritique. Il se ferait une dissolution, un ramollissement du paraplasma (au sens que Kupffer donne à ce mot) interposé aux bâtonnets rénaux qui se montrent alors nettement isolés. A. NICOLAS.

Tuberculose de la muqueuse du corps de l'utérus, par V. CORNIL (*Bull. de la Soc. An., Paris, p.* 70, 1887).

A l'autopsie d'une phtisique, Cornil a trouvé l'utérus volumineux, en rétroflexion. La cavité du corps, très dilaté, renferme un pus granuleux et est tapissée d'une couche caséeuse uniforme, qui s'est substituée à la muqueuse dont on ne trouve plus trace à l'examen histologique. — Pas de tuberculose tubo-ovarienne ; quelques granulations péritonéales. A. BROCA.

Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Polymastie mit 10 Brustwarzen (Une femme porteur de 10 mamelons), par Franz NEUGEBAUER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 45, 1886).

Une femme, de 23 ans, prétend ne s'être aperçue de la présence des mamelons supplémentaires qu'à l'occasion de sa seconde grossesse. Elle présente, outre les mamelles normales pourvues de leurs mamelons, huit mamelons supplémentaires : six sont placés symétriquement au-dessus de la mamelle sur une sorte d'arc de cercle à concavité inférieure; le plus bas au niveau de la base de la mamelle, le plus haut dans le creux axillaire; deux autres sont placés au-dessous des mamelles, le gauche beaucoup plus bas que le droit. Lorsque l'enfant prenait le sein au mamelon normal, le mamelon axillaire du même côté perdait du lait; les autres mamelons supplémentaires n'en donnaient que sous la pression du doigt. H. DE BRINON.

Recherches sur les tumeurs malignes des muscles striés, par CRISTIANI (*Archiv. de physiologie,* 1er *juillet* 1887).

Le tissu musculaire strié envahi par une néoplasie sarcomateuse ou carcinomateuse peut disparaître par atrophie simple ou réagir et montrer une prolifération des noyaux de ses fibres constituantes.

De plus, dans le cancer, les cellules épithéliales du néoplasme peuvent pénétrer dans l'intérieur des fibres musculaires et les détruire en détail en les creusant comme le ferait une vrille ; les noyaux musculaires, dans ces cas, ne réagissent pas. A. GILBERT.

Sur les grands Kystes sarcomateux du petit bassin, par V. CORNIL (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 13 *juin* 1887).

Étude d'un cas de sarcome où les formations kystiques étaient remarquables par leur nombre, leur volume, et la minceur de leurs parois. L'analyse histologique a montré qu'il s'agissait bien là de kystes entourés de tissu sarcomateux; mais ce ne sont point, comme on l'observe d'ordinaire dans les sarcomes, des lacunes irrégulières, remplies de sang ou de sérosité, creusées au milieu d'une tumeur unique et massive. Il s'agit, au contraire, d'une quantité considérable de sarcomes étalés en membranes kystiques minces, constituant ainsi une série de tumeurs

kystiques semées dans tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. Ces kystes se développent dans ce tissu conjonctif sous-péritonéal et non dans les organes glandulaires. Ces tumeurs semblent donc devoir être regardées comme constituant une espèce particulière du genre sarcome, et elles sont bien spécifiées par la disposition du néoplasme en minces membranes kystiques. M. D.

Ueber einige pathologisch-histologische Methoden... (Quelques méthodes de coloration pour l'histologie pathologique et les résultats qu'elles fournissent), par Victor BABÈS (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CV*, *Heft* 3, *p.* 511).

Babès signale d'abord une double coloration obtenue par l'acide hyperosmique et la safranine, qui lui a permis en particulier de reconnaître des détails intéressants sur la disposition des vaisseaux du glomérule du rein. Il existe entre l'artère afférente et l'artère efférente au niveau du hile un faisceau de fibres lisses qui les unissent l'une à l'autre. Elles présentent, l'une après son entrée, l'autre avant sa sortie du glomérule une dilatation ampullaire et conique, de la base de laquelle se détachent les vaisseaux du glomérule. C'est au niveau de ces deux ampoules que débuteraient le plus ordinairement les lésions glomérulaires. Avec une solution de safranine concentrée dans de l'eau additionnée de 2 °/₀ d'huile d'aniline et filtrée à une température de 60°, il colore en rouge violet les infiltrations calcaires. Il aurait de la sorte découvert une infiltration calcaire intéressante du foie dans un cas d'ostéite du fémur avec arthrite tuberculeuse de la hanche. Le foie avait l'apparence d'un foie muscade, à la coupe il faisait grincer le couteau.

Avec la safranine anilinée, puis en décolorant par la solution iodo-iodurée, il obtient de bonnes colorations de l'actinomycète, et en particulier de ses massues. Le mycélium se teint en bleu noir. On distingue des détails importants permettant de distinguer nettement cet organisme du bacille de la tuberculose et du leptothrix de la bouche (massues, divisions, etc.). On constate que les filaments ne sont pas homogènes, mais sont divisés en cloisons dans l'intervalle desquelles se trouvent des grains plus larges que le diamètre moyen du filament, et déterminant à sa surface une série de renflements. L'extrémité en forme de massue colorée par le liquide de Gram est enveloppée dans une capsule hyaline non colorable par ce réactif.

Enfin il a étudié les résultats fournis par un réactif composé de colorants basiques et acides formant une solution neutre, et ayant à la fois les avantages de ces trois ordres de réactifs. C'est un réactif proposé par Ehrlich et formé en parties égales de fuchsine acide et de vert et d'orange de méthyle. Il décrit les diverses réactions colorées obtenues sur les divers éléments normaux ou pathologiques par ce procédé. Signalons que les éléments des globes épidermiques se colorent en vert clair et leurs noyaux en vert foncé comme les cellules migratrices, et que la matière amyloïde prend une coloration variant du bleu violet clair à une teinte presque noire, suivant l'intensité de la dégénérescence. P. GALLOIS.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Secundaere Degeneration nach Extirpation motorischer Rindenregionen (Dégénérescence secondaire consécutive à l'extirpation de régions motrices de l'écorce, par ZIEHEN (*Archiv für Psychiatrie, Band XVIII, Heft* 1, *p.* 300, 1887).

Ziehen a extirpé chez deux chiens la portion de la zone motrice-corticale (gauche) qui comprend les centres moteurs des membres antérieurs ; chez un troisième chien, l'extirpation a porté sur cette portion du territoire moteur (gauche) qui comprend les centres d'innervation des muscles de la nuque. Les animaux en expérience ont été scarifiés de 2 1/2 et 3 mois après la mutilation. Dans les trois cas, il s'était développé dans l'épaisseur de la moelle une dégénérescence secondaire limitée au faisceau pyramidal latéral qui suit l'entre-croisement; l'autre portion de ce même faisceau ainsi que le faisceau pyramidal antérieur ne participaient pas à la dégénérescence. Ces résultats, en ce qui concerne les régions de la zone motrice corticale qui comprennent les centres moteurs des membres antérieurs et de la nuque, sont conformes à ceux qu'avaient obtenus déjà Biswanger et Moeli, mais ils sont en contradiction avec les résultats expérimentaux annoncés par Pitres, Frank, Loewenthal, Sherryngton qui ont observé à la suite de l'extirpation d'un territoire moteur de l'un des hémisphères, des altérations, voire une dégénérescence des faisceaux postérieurs du cordon latéral du même côté. E. RICKLIN.

Beiträge zur Lehre von den trophischen Nerven (Contribution à l'étude des nerfs trophiques, par Joseph MAX (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVII, Heft* 1, *p.* 119).

Max Joseph prend des chats de 3 ou 4 mois et résèque sur le 2e nerf cervical le ganglion rachidien, un fragment des deux racines antérieures et postérieures et un fragment du tronc même du nerf. Il observe à la suite une chute des poils de l'oreille et des régions avoisinantes du côté malade. Cette alopécie se produit par plaques séparées assez exactement symétriques quand l'opération a été faite des deux côtés. Ces plaques se trouvent, les unes exactement dans les régions innervées par le 2e nerf cervical (rameau auriculaire), les autres, dans des régions innervées par le trijumeau. Enfin, dans la zone de l'auriculaire se trouvent des points ne présentant pas la chute des poils. Après s'être assuré qu'il n'y avait aucune affection cutanée, inflammatoire ou parasitaire pouvant expliquer cette calvitie, il admet un trouble trophique, lequel se caractérise histologiquement par l'atrophie du bulbe pileux et la disparition du poil, les autres éléments de la peau étant moins altérés.

Pour expliquer cette distribution un peu paradoxale des troubles trophiques, il admet les hypothèses suivantes :

1° Les filets terminaux d'un nerf cutané s'anastomosent avec les voi-

sins, et dans la zone où ils se rendent se trouvent des secteurs, les uns innervés exclusivement par le nerf en question, les autres présentant une innervation mixte. Ce seraient, par conséquent, les parties innervées exclusivement par le 2e nerf cervical qui présenteraient l'alopécie. 2° Dans les sections des racines rachidiennes, il se produit même dans la moelle, des phénomènes atrophiques diffus portant sur les cornes grises et les cordons blancs. Il se pourrait que ces lésions atrophiques intéressent la racine ascendante du trijumeau, ce qui expliquerait la formation de plaques de pelade dans la zone d'innervation de ce nerf. Les régions décalvées ne paraissent pas anesthésiques. L'auteur ne pense pas que, dans le cas qu'il a choisi, on puisse expliquer les troubles trophiques par une action des nerfs sur les vaisseaux, le 2e nerf cervical ne présentant pas de fibres de Remak dans les rameaux communiquant avec le système sympathique. Il s'agirait donc bien d'une véritable action trophique sur le bulbe pileux. On sait d'ailleurs que les poils contiennent des terminaisons nerveuses assez importantes. P. GALLOIS.

Contribution expérimentale à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la moelle épinière, par E. HOMEN (de Helsingfors) (*In-8° de* 130 *pages, Paris,* 1886).

Homen a repris les recherches de Brown-Séquard, Vulpian, Schiff, etc., sur les résultats de l'hémisection de la moelle ; en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques il a pu garder des chiens plusieurs mois après les opérations et constater, à toutes les périodes, le travail de dégénération et de réparation des centres nerveux. Voici le résultat de ces expériences :

a) Immédiatement après les opérations surviennent des troubles fonctionnels généralisés, dus à l'ébranlement du système nerveux ; ce sont une paraplégie plus ou moins complète, avec ou sans rigidité, et une anesthésie presque totale des deux membres postérieurs.

b) Un ou deux jours après, il reste une paralysie motrice du membre correspondant à la lésion, avec contracture passagère. Cette paralysie finit par se guérir, même assez promptement, car l'animal commence à marcher au bout de douze jours et court parfaitement au bout de six semaines.

Homen pense que le rétablissement du mouvement après l'hémisection de la moelle tient, non pas à la régénération des fibres nerveuse dans la cicatrice, mais à des fibres suppléantes venues de l'autre moitié de la moelle restée saine, par la commissure antérieure.

La seconde partie du travail a trait à l'étude des dégénérations secondaires de la moelle; l'auteur contrôle et vérifie les assertions de Bouchard, de Schiefferdecker et de Türck.

1° Dégénérescences ascendantes. Elles comprennent : *a*) les cordons postérieurs; *b*) une portion des fibres postérieures des cordons latéraux;

2° Dégénérescences descendantes. Elles comprennent : *a*) la partie périphérique du cordon antérieur, surtout vers son angle antéro-interne ; *b*) une partie des fibres postérieures du cordon latéral, du côté correspondant à la lésion ; *c*) une partie des fibres de ce même cordon *du côté opposé à la lésion;* enfin *d*) quelques fibres des cordons postérieurs. il y a donc, pour les fibres des cordons antérieurs et postérieurs, dégé-

nérescence dans les deux sens, résultat intéressant qui modifie les idées admises jusqu'ici sur la texture de la moelle.

L'auteur insiste ensuite sur les résultats histologiques fournis par la coloration à la fuchsine acide pour apprécier les premières phases de la dégénération.

D'après lui, voici comment se comporte la marche de la dégénération secondaire. Les cylindraxes dégénèrent les premiers, la myéline est attaquée ensuite, enfin il se produit dans la névroglie une irritation de médiocre intensité, laquelle aboutit à l'épaississement de la partie altérée. Les corps amyloïdes seraient un produit direct des tubes dégénérés, tandis que les corps granuleux sont des cellules lymphatiques, remplies des granulations graisseuses provenant de la myéline. H. R.

Recherches expérimentales sur l'influence exercée sur la structure du foie par la ligature du canal cholédoque, par E. LAHOUSSE (*Archives de Biologie, t. VII, fasc.* 1, 1887).

Lahousse a institué ses expériences sur des grenouilles, des lapins et des cobayes. Les lésions hépatiques observées consécutivement à la ligature du canal cholédoque chez les lapins et les cobayes diffèrent suivant que l'animal a succombé dans le stade chronique ou le stade aigu. Le stade aigu se caractérise par la congestion des vaisseaux sanguins, la dilatation des lymphatiques et la nécrose des cellules hépatiques ; plus tard encore, la dilatation des canaux et des capillaires hépatiques, la coloration du parenchyme et l'accumulation des leucocytes dans les espaces interlobulaires. Le stade chronique se caractérise par l'hyperplasie du tissu conjonctif interlobulaire, qui englobe et atrophie lentement les parties périphériques du parenchyme. Les canaux et les canalicules biliaires sont distendus et plus ou moins remplis de pigment. Les cellules hépatiques sont intactes ou bien présentent soit un léger degré d'atrophie, soit la tuméfaction trouble, soit la dégénération hydropique, soit même la dégénération graisseuse. Les lésions hépatiques dépendent probablement de l'irritation exercée par les éléments de la bile résorbée sur les cellules parenchymateuses et les cellules endothéliales des vaisseaux sanguins interalvéolaires. F. H.

Anatomische Untersuchungen ueber die Entstehung des vesiculären Emphysems (Recherches anatomiques sur la production de l'emphysème vésiculaire), par Conrad KLAESI (*Arch. f. path. An. u. Physiol., CIV, Heft* 2, *p.* 333).

Conrad Klaesi cherche à produire l'emphysème, chez les lapins, par le procédé de Bayer, en leur provoquant un pneumo-thorax. Il examine ensuite les lésions emphysémateuses produites et les compare à celles de l'homme, qui représentent un stade plus avancé de la lésion. Il constate que les premières lésions se produisent dans l'épithélium alvéolaire. Les cellules se disjoignent, deviennent granuleuses, puis tombent dans l'alvéole laissant à nu le tissu fibro-élastique lâche qui soutient à la fois l'épithélium alvéolaire et l'endothélium vasculaire. Dans ce tissu, les cellules conjonctives s'altèrent et disparaissent. Les fibres élastiques se recroquevillent pour ainsi dire et se disposent circulairement autour de la perte de substance. Le capillaire de la paroi alvéolaire se trouve

alors réduit à sa tunique endothéliale ; celle-ci ne résiste plus suffisamment à la pression de l'air. Le capillaire s'étire, son calibre diminue, les globules cessent d'y circuler. Puis l'amincissement augmentant, le vaisseau devient un filament imperméable aux liquides, et ce filament se rompt. Les deux moignons du capillaire s'atrophient puis disparaissent. La lésion de l'emphysème vésiculaire ne débute donc pas par le capillaire, mais par l'épithélium respiratoire. Celui-ci peut s'altérer sous l'influence des inflammations bronchiques, ou peut-être est-ce la substance cimentaire intermédiaire qui se trouve déchirée aux moments des efforts d'inspiration ou d'expiration. P. GALLOIS.

Étude expérimentale sur l'asphyxie aiguë, par Simon FREDERICQ (*Archives de Biologie, VII, p.* 217, *et Trav. labor. physiol., Liège*, 1886).

L'auteur montre que les symptômes de l'asphyxie aiguë par occlusion de la trachée sont exactement les mêmes que ceux de la mort par privation d'oxygène et diffèrent assez notablement de ceux de l'empoisonnement par CO^2 (confirmation des recherches de W. Müller, Paul Bert, Friedländer et Herter, Dastre, etc.). Pour produire l'asphyxie tout en empêchant l'accumulation de CO^2 dans le corps, il relie la canule trachéale de l'animal en expérience à un spiromètre rempli d'hydrogène. Entre la canule trachéale et le spiromètre se trouvent intercalés deux flacons laveurs remplis à moitié de solution de potasse caustique à travers laquelle les gaz de la respiration barbotent à chaque mouvement du thorax de l'animal et se dépouillent de CO^2.

L'auteur distingue dans l'asphyxie :

1° *Une période d'excitation* (débutant par un stade de simple *dyspnée* auquel fait suite un stade de *convulsions*), pendant laquelle on observe les effets d'une vive irritation des différents centres nerveux, spécialement ceux de la moelle allongée : dyspnée, convulsions, ralentissement du rythme cardiaque, hausse de la pression sanguine, resserrement des vaisseaux des organes abdominaux, dilatation des vaisseaux cutanés, resserrement des pupilles, salivation abondante. La durée de cette période est d'un peu plus d'une minute ;

2° *Une période de paralysie et d'épuisement* se terminant par la mort. Cette période débute brusquement par une longue pause respiratoire, coïncidant avec la perte de connaissance de l'animal, qui tombe sur le flanc pour ne plus se relever. Les mouvements respiratoires reprennent ensuite, mais sont rares et peu profonds. Les vaisseaux cutanés se resserrent brusquement au début de cette période, tandis que les vaisseaux abdominaux se dilatent et que la pression artérielle baisse considérablement. Dilatation des pupilles et cessation du flux de salive. La durée moyenne de cette période est de 1 minute 30 secondes jusqu'à la cessation des mouvements respiratoires ; de 3 minutes 30 secondes jusqu'à l'arrêt du cœur.

Pour étudier les effets de l'empoisonnement par CO^2, tout en évitant l'asphyxie proprement dite, il convient de faire respirer à l'animal (lapin) des mélanges gazeux contenant 60 à 70 0/0 de CO^2 et au moins 20 0/0 d'oxygène.

Ici aussi l'auteur distingue deux périodes :

1° *Période d'excitation* analogue à la première période de l'asphyxie,

mais plus courte (durée moyenne 35 secondes) et à symptômes moins accentués ; les convulsions, quand elles se montrent, ont un caractère un peu différent de celles de l'asphyxie aiguë.

2° *Période de narcose*, pouvant se prolonger pendant plusieurs heures, caractérisée par une anesthésie complète de l'animal qui paraît dormir paisiblement. On observe fréquemment, pendant cette période, des oscillations périodiques de la pression sanguine et du rythme cardiaque, oscillations analogues aux ondulations de Traube-Héring, mais embrassant chacune plusieurs mouvements respiratoires.

L'auteur a étudié également les effets combinés de l'asphyxie par privation d'oxygène et de l'empoisonnement par CO^2 (faire respirer à l'animal de l'acide carbonique exempt d'oxygène). L. F.

Ueber den Einfluss des Naphthalins auf das Auge (Effets de la naphtaline sur l'œil), par MAGNUS (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44, p.* 834, 31 *octobre* 1887).

Magnus a fait ingérer par des lapins de la naphtaline, et recherché les altérations que cette substance provoque dans les yeux. Tantôt le fond de l'œil de ces animaux était couvert de nombreux petits points brillants, tantôt on constatait la présence, généralement au-dessous de la papille, d'une grande plaque blanche qui, en s'étendant, masquait les vaisseaux de la choroïde ; ultérieurement, des plaques analogues apparaissaient sur d'autres points du fond de l'œil. Au sein du corps vitré, les altérations étaient peu marquées ; parfois on y distinguait quelques petits cristaux flottants.

Les modifications du cristallin étaient beaucoup plus considérables et consistaient en opacités partant de la face postérieure et de la circonférence de la lentille. Jamais les opacités ne partaient des couches périnucléaires, comme le prétendent les auteurs français. Panas et Dor ont aussi avancé que le trouble cristallinien est toujours consécutif à une affection de la rétine. C'est une erreur, d'après Magnus qui, dans beaucoup de cas, a vu l'opacité du cristallin précéder l'affection rétinienne ou tout au moins survenir en même temps qu'elle.

Quant à la nature du trouble cristallinien, Magnus le rattache à une exsudation qui s'opère entre la capsule et la lentille, de même qu'entre les fibres cristalliniennes des portions périphériques.

Tous les animaux qui ont servi aux expériences ont succombé à une néphrite parenchymateuse, fait important à connaître, car en France on a proposé d'utiliser les effets de la naphtaline pour hâter la maturation des cataractes.

Magnus a administré la naphtaline tantôt à hautes doses (2 ou 3 grammes) et alors les phénomènes morbides étaient très violents, se compliquant souvent de décollements rétiniens ; tantôt à doses plus faibles, auquel cas l'évolution du processus morbide réclamait plusieurs mois. J. B.

Ueber Antagonisten unter den Bacterien, par C. GARRÉ (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 13, *p.* 385, 1er *juillet* 1887).

Le bacille « fluorescent puant » inoffensif lui-même, est un antagoniste énergique du staphylocoque pyogène doré, du bacille typhoïdique et du pneumocoque de Friedländer. Ces 3 micro-organismes ne se développent

jamais sur un sol nourricier artificiel, où l'on a préalablement cultivé le bacille fluorescent.

L'antagonisme entre le bacille fluorescent et le bacille cholérique est beaucoup moins marqué, car, dans les mêmes circonstances, on note seulement un retard dans le développement des bacilles en virgule. Enfin, il n'y a aucun antagonisme entre le bacille fluorescent d'une part, la bactéridie charbonneuse et le bacille de Finkler et Prior, d'autre part.

L'antagonisme constaté entre le bacille fluorescent et certaines autres espèces de bactéries ne s'explique point par une plus rapide croissance du premier qui, ou bien étoufferait les autres, ou bien leur enlèverait tous les matériaux nourriciers. Il résulte d'une sécrétion spécifique du bacille fluorescent.

L'antagonisme entre les diverses espèces de bactéries n'est pas toujours réciproque. Le bacille typhoïdique seul est antagoniste du bacille fluorescent, tandis que ni le staphylocoque ni le pneumocoque ne rendent impropre à la culture du bacille fluorescent le sol nourricier sur lequel ils ont végété.

Cet antagonisme entre les bactéries ne se révèle pas seulement dans les tubes à expériences. Il s'accuse aussi dans les circonstances naturelles. Les bacilles cholériques cultivés à l'état de pureté sur l'agar conservent leur vitalité de 5 à 10 mois. Mais partout où ils se trouvent en concurrence avec les bactéries de la putréfaction, leur vie est beaucoup plus courte : dans l'eau d'égout, ils périssent au bout de 6 à 7 jours, et de 24 heures dans les fosses d'aisances. Les bacilles cholériques ne succombent pas par inanition, car il leur suffit de bien peu d'aliments, un bouillon de viande dilué au 60°. Ils ne sont pas non plus étouffés par la croissance plus rapide de leurs concurrents, car, à la température de 17 à 20°, le développement des bacilles en virgule ne laisse rien à désirer. De plus, Garré s'est assuré, par des expériences spéciales, que la végétation du bacille cholérique n'est pas manifestement troublée par celle des espèces hâtives. Il ne reste, pour rendre compte de cette propriété antagoniste, que la sécrétion de certains produits de la nutrition des saprophytes.

Dans l'intestin des cholériques, les bacilles en virgule se trouvent aussi en présence de nombreux bacilles de la putréfaction. Ne serait-ce pas parce qu'il favorise le développement de ces derniers que l'opium donne de si bons résultats au début de la maladie. Ne pourrait-on pas aussi regarder comme un effet de cet antagonisme la marche traînante, torpide, des périostites suppurées du maxillaire. Ces abcès, si lents à s'ouvrir, renferment toujours, outre le staphylocoque ou le streptocoque, d'autres micro-organismes qu'on ne rencontre guère que dans les suppurations phlegmoneuses aiguës. J. B.

Contribuzione allo studio delle inoculazioni preventive, par P. FOA et A. BONOME (*La Riforma medica*, 2 *janvier* 1888).

Les auteurs ont constaté que, si on inocule à un lapin du sang ou des viscères frais d'un animal ayant succombé à l'inoculation d'une culture de *proteus vulgaris*, cet animal ne présente qu'une légère indisposition passagère, bien que le sang et les viscères inoculés donnent par la cul-

ture des colonies de *proteus*. Si, chez un animal ainsi inoculé, on injecte, trois jours plus tard, dans la cavité abdominale, une culture de *proteus vulgaris* étendue de son volume d'eau stérilisée, l'animal ne présente qu'une légère indisposition durant à peine 24 heures, tandis que des animaux soumis à l'injection de la culture sans avoir été inoculés avec le sang succombent en 24 heures, après avoir présenté les signes habituels de cette infection. Dans toutes les expériences, les auteurs ont constamment obtenu le même résultat. Ils concluent que l'action préventive de l'inoculation du sang tient à ce que la substance toxique introduite en petite quantité dans l'organisme a pour effet de le rendre capable de résister à l'action d'une quantité nouvelle et plus considérable de poison.

GEORGES THIBIERGE.

Die Fähigkeit des Blutes Bacterien zu vernichten (Le sang détruit les bactéries), par FODOR (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, 1887).

L'auteur injecte dans la veine jugulaire d'un lapin des cultures de bactéries charbonneuses, puis il tue l'animal et prend du sang dans le cœur pour effectuer des cultures ; il n'obtient ainsi aucun résultat, car au bout d'une minute les bactéries ont déjà complètement disparu du sang.

Il prend alors du sang dans le cœur d'un lapin immédiatement après la mort, le recueille dans une éprouvette qu'il maintient à 38° et ajoute dix gouttes de culture charbonneuse.

En puisant dans l'éprouvette au bout de 10 minutes, il a un liquide qui lui fournit des cultures extrêmement riches en bactéries ; au bout de 30 minutes le sang a déjà perdu une partie de ses propriétés ; celui qu'on recueille au bout d'une heure et de deux heures donne des cultures de moins en moins riches. Au contraire la gélatine inoculée parallèlement au sang à l'aide des mêmes bacilles charbonneux, à la même température de 38°, conserve pendant deux heures une puissance de reproduction absolument constante.

Le sang pris à l'état frais a donc détruit, non pas tous les bacilles charbonneux, mais une grande partie d'entre eux. Cette destruction ne s'effectue que pendant un certain temps. Quand l'auteur reprend l'éprouvette qui lui a fourni les cultures atténuées et examine le sang au bout de huit jours, il y trouve une masse énorme de bacilles et de spores.

La destruction des bactéries charbonneuses est donc une propriété du sang frais.

L'auteur n'a pas trouvé les traces des bactéries détruites dans les éléments figurés du sang, dans les globules rouges ou blancs.

L. GALLIARD.

De la propriété que possèdent les microbes de s'accommoder aux milieux antiseptiques, par G. KOSSIAKOFF (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *octobre* 1887).

Les expériences de l'auteur ont porté d'une part sur la bactéridie charbonneuse, le *tyrothrix scaber*, le *bacillus subtilis*, le *tyrothrix tenuis ;* d'autre part sur le borax, l'acide borique et le sublimé. Elles autorisent les conclusions suivantes :

Les organismes inférieurs soumis à l'action d'un antiseptique à doses graduellement croissantes, acquièrent la faculté de vivre et de se déve-

lopper dans des solutions de ces antiseptiques qui, agissant sur ces organismes non acclimatés, en empêchent le développement.

La force de résistance aux antiseptiques en général, ainsi que la faculté d'accommodation que nous venons de mentionner, sont différentes dans les divers micro-organismes.

Les chiffres cités, mesurant la puissance d'accommodation, et au delà desquels le développement des microbes ne se fait plus, ne peuvent être considérés comme extrêmes que dans les conditions où ont été faites les expériences ; mais ils ne prouvent pas que, dans d'autres conditions plus favorables à l'acclimatation, les micro-organismes ne pourraient pas devenir plus capables de résister à l'action des antiseptiques.

A. CHAUFFARD.

Sull'elimazione dei virus dall'organismo animale, par TRAMBUSTI et MAFFUCCI (*Rivista int. di med. e chir.*, *n*os 9 *et* 10, 1886).

Les auteurs ont voulu démontrer que les microbes pathogènes sont éliminés de l'organisme par la voie des sécrétions normales. Chez le cobaye inoculé du charbon, les bactéries se retrouvent dans l'urine et les matières fécales, très exceptionnellement dans la bile; jamais leur passage ne détermine de lésions inflammatoires ou nécrosiques des cellules glandulaires. Chez le lapin inoculé avec les bacilles typhiques, ces bacilles s'accumulent surtout dans la rate, s'éliminent plutôt par le foie que par les reins, sans lésion des capillaires ou des cellules de l'organe. Les microbes ainsi éliminés restent aptes à se reproduire et conservent toute leur virulence.

A. CHAUFFARD.

Sulla presenza di batteri morti nei follicoli linfatici dell'intestino di coniglio (Présence des bactéries mortes dans les follicules lymphatiques de l'intestin du lapin), par L. MANFREDI (*Giorn. int. delle sc. med.*, *p.* 318, 1886).

On sait depuis les recherches de Bizzozero et de Ribbert que chez le lapin les follicules clos de l'intestin contiennent un grand nombre de bactéries qui, d'après les auteurs, seraient mortes et incapables de se reproduire. Manfredi a voulu contrôler ces deux assertions, et, d'après des expériences très soignées dont on trouvera le dispositif dans le travail original, il arrive aux mêmes conclusions. Les bactéries intestinales envahissent les follicules clos, et y meurent, probablement grâce à l'activité phagocytique des cellules lymphatiques contenues dans les mailles folliculaires.

A. CHAUFFARD.

Ueber einige pathogene Bacterien des Kindesalters (Sur quelques microbes pathogènes de l'enfance), par BABÈS (*Wiener med. Blätter*, *p.* 309, *n*° 10, 1887).

Babès a trouvé dans la plupart des cas de scarlatine de l'inflammation des reins; il est possible que cette inflammation ne soit pas consécutive à la scarlatine, mais soit due à une infection secondaire. D'après Babès, on trouve des streptococcus dans les reins : trois fois sur 24 préparations dans les petits vaisseaux de cet organe ; il a réussi à les cultiver. On les trouve également dans les ganglions suppurés, les phlegmons, dans les jointures enflammées. On observe encore d'autres microbes.

Inoculé à un lapin, ce micrococcus a déterminé de l'inflammation et

de l'œdème, puis la mort; une autre fois il a produit un érythème généralisé rappelant la scarlatine, qui disparut au bout de deux à trois jours. Peut-être est-ce là le microbe pathogène de la scarlatine.

Babès trouva souvent dans des cas de bronchectasie et de gangrène pulmonaire consécutive à la scarlatine des streptococcus et d'autres microbes; une fois, il trouva dans le poumon sphacélé et dans les autres tissus un coccus spécial de 0μ,4; des souris et des lapins inoculés sont morts en quelques jours. Ce coccus ressemble beaucoup au streptococcus, mais ses chaînes sont plus courtes, et les coccus ne sont pas aplatis les uns contre les autres. Les cultures sur l'agar-agar réussissent mieux à la surface que les streptococcus.

Dans un cas de kératomalacie, chez un enfant de 4 ans, Babès trouva dans les organes un bacille de 0 μ,3. Il était court et épais, se colorant difficilement; dans l'agar-agar, il forme des colonies blanchâtres. Il détermine, chez des lapins et des souris, de l'hydropisie et la mort en quelques jours.

Dans des cas de dysenterie, Babès trouva dans l'intestin et dans les ganglions voisins des bacilles de 0μ,3, longs, incurvés, se multipliant rapidement sur l'agar-agar. Inoculés à des souris, ils déterminèrent la mort. BARBE.

Sur un nouveau bacille gazéifère parasite de l'homme, par ARLOING (*Lyon méd.*, 25 *décembre* 1887).

Arloing a examiné un liquide roussâtre, sanieux, mêlé de gaz, retiré par ponction d'un œil blessé. Le malade n'avait eu aucun phénomène général, et l'énucléation ne fut suivie d'aucun accident.

Arloing pensait trouver le bacillus septicus; or, il ne rencontra qu'un fin bacille de 2 à 6 μ, isolé ou en essaims, sans spores, et différant du bacille de la septicémie gazeuse par son évolution. L'inoculation de la sanie fraîche tue le rat, le cobaye, n'agit pas sur le lapin ni sur le chien. Les cultures se font dans le bouillon et la gélatine, en présence ou en l'absence de l'air, et dans son évolution, le bacille prend la forme de petites touffes.

Il ne détermine pas la fermentation des albuminoïdes. A. C.

Ueber die Ursachen der subcutanen Entzundung und Eiterung (Causes de l'inflammation et de la suppuration du tissu cellulaire sous-cutané), par P. GRAWITZ et W. de BARY (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVIII*, *Heft* 1, *p.* 67).

C'est surtout un travail tendant à déterminer le rôle des microbes et en particulier du staphylococcus pyogenes aureus dans la suppuration. Les auteurs injectent d'abord de l'eau dans le tissu conjonctif et remarquent qu'avec des injections d'un petit volume d'eau non stérilisée, on obtient rarement de la suppuration. Si l'on injecte, par contre, de grandes quantités d'eau stérilisée, la suppuration est possible, et, dans ce cas, on trouve des microbes du pus. Les injections de solutions de sel ou de sucre ne donnent pas de suppuration. Si, à la solution salée, on mélange une culture de staphylococcus, la suppuration ne se produit que si la peau se nécrose ou si le trajet de l'aiguille de Pravaz reste ouvert. En

injectant des substances qui, comme le sublimé, le nitrate d'argent, etc., sont antiseptiques, on n'obtient pas de suppuration. Avec des substances moins parasiticides, l'ammoniaque, par exemple, la suppuration se produit, si la solution injectée est concentrée ; elle n'a pas lieu si la solution est étendue. L'essence de térébenthine, mélangée ou non de staphylocoques, ne détermine pas de suppuration chez le lapin et le cobaye ; par contre, chez le chien, c'est une substance pyogène par excellence. Déposée sous la peau au moyen de petites ampoules de verre dont on détermine la rupture lorsque la plaie cutanée est guérie, l'huile de croton ne donne pas de suppuration, mais une exsudation fibrino-mucineuse stérile. Cependant si, en même temps que l'huile, on injecte une culture de staphylocoques, la suppuration se produit.

En somme, on peut injecter des cultures de staphylocoques sans déterminer de suppuration. La présence de ce micro-organisme n'est donc pas suffisante pour produire la suppuration. Dans ce cas, il est résorbé et ne détermine rien d'anormal. Il y a donc d'autres conditions nécessaires. Les auteurs pensent qu'il faut, pour ainsi dire, que le tissu où les microbes vont être injectés soit préparé pour que leur pululation soit possible. Ainsi, l'ammoniaque et l'huile de croton paraissent favoriser la végétation des staphylocoques. Le contact de l'air est également favorable à cette végétation ; aussi, quand on fait des injections, est-il important de ne pas injecter de bulles d'air sous la peau. Peut-être des ptomaïnes suffisent-elles à produire des abcès. En injectant une culture de micrococcus prodigiosus, mélangée avec de l'essence de térébenthine, on obtient du pus sans microbes. Si l'on chauffe à 60° pendant une heure, plusieurs jours de suite, une culture de micrococcus prodigiosus, celui-ci est tué. Si on injecte cette culture morte à un animal et qu'on injecte en même temps du staphylococcus, on obtient de la suppuration qu'on n'aurait pas obtenue sans l'adjonction des ptomaïnes produites par le micrococcus prodigiosus. Par conséquent, les produits de désassimilation d'une bactérie pénétrant dans le sang peuvent mettre l'organisme en état de réceptivité pour d'autres bactéries. P. GALLOIS.

Zur Aetiologie der acuten Endocarditis (Étiologie de l'endocardite aiguë), par WEICHSELBAUM (*Centralbl. für Bact.*, *n°* 8, *II*, 1887).

Sur quatorze cas d'endocardite ulcéreuse, Weichselbaum a constaté douze fois la présence de micro-organismes : six fois, il s'agissait du *streptococcus pyogenes* ; dans trois cas il a trouvé le *diplococcus de la pneumonie* et dans deux autres cas, le *diplococcus brevis endocarditis ;* une seule fois, Weichselbaum a constaté la présence du *micrococcus conglomeratus* et, enfin, dans un cas, unique, il s'agissait d'un bacille qui n'a pu être ni cultivé, ni bien déterminé. Pour chaque cas isolé, l'auteur n'a pu constater l'existence que d'une seule espèce de micro-organisme, si ce n'est une seule fois où trois microbes distincts ont été simultanément rencontrés.

Tous ces micro-organismes sont connus, sauf cependant le diplococcus brevis endocarditis et le micrococcus conglomeratus, qui ont été rencontrés et décrits pour la première fois par l'auteur. Le premier, qui se développe facilement sur la plupart des milieux généralement employés est un bacille très court, dont les extrémités arrondies se colorent seules,

tandis que la partie médiane reste incolore. Le second est représenté par des micrococcus arrondis formant le plus souvent des amas irréguliers et sans ordre aucun ; ses réactions et ses cultures ne correspondent à aucun micro-organisme décrit jusqu'ici.

Expérimentalement, l'auteur a constaté que tous ces micro-organismes étaient pathogènes et qu'ils reproduisaient, mais non dans tous les cas, des lésions d'endocardite.

Enfin, dans deux cas d'*endocardite verruqueuse*, Weichselbaum n'a pas constaté la présence de micro-organismes, mais ce n'est pas une raison pour que cette maladie ne soit pas liée à la présence, peut-être antérieure, de germes parasitaires. W. OETTINGER.

Contribuzione allo studio dello streptococco dell'eresipela, par GUARNERI (*Boll. della R. Acad. Med. di Roma*, 1886).

L'auteur a étudié, à la clinique de Baccelli, un cas qui donne à penser que le streptocoque de l'érysipèle peut pénétrer dans les vaisseaux sanguins. En effet, des cultures faites avec des morceaux de pulpe splénique reproduisirent, dans un cas, le streptocoque. Injectés dans le sang de divers animaux, les steptocoques donnèrent lieu à une simple inflammation locale chez un lapin, et chez un autre, à une endocardite ulcéreuse avec coagulations cardiaques, et embolies mycosiques du foie, de la rate, des reins. Ce streptocoque paraît donc pouvoir diffuser plus que ne l'avait admis Fehleisen. F. BALZER.

Ueber den blauen Eiter (Du pus bleu), par LEDDERHOSE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 813, 24 *octobre* 1887).

Ledderhose a examiné la composition chimique de la pyocyanine à laquelle il a trouvé pour formule empirique $C^{14}H^{14}Az^{2}O$, ce qui la range parmi les corps de la série aromatique. La pyocyanine ne paraît pas douée de propriétés toxiques, car l'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de son chlorhydrate n'est pas suivie d'accidents chez les grenouilles et les pigeons.

A la surface du sol nourricier où l'on cultive le bacille, se développent des lamelles d'aspect métallique.

Ledderhose conclut qu'il y a lieu d'établir une distinction entre le développement du bacille et la production de la pyocyanine. Dans la suppuration seule des plaies, le bacille ne trouve pas les matériaux nécessaires à la formation de la matière colorante; il doit les chercher au voisinage de la peau ; peut-être la sueur ou l'ammoniaque en contiennent elles les éléments.

Lorsqu'on injecte le bacille à des cobayes et des lapins, on constate qu'il se propage dans l'économie.

Au niveau de l'injection, il donne lieu à des phénomènes inflammatoires. Souvent l'animal succombe, et l'on peut obtenir des cultures pures du bacille, soit au voisinage de l'injection, soit dans le sang du cœur.

Conséquemment, à l'inverse de Flügge et de C. Fraenkel, Ledderhose tient le bacille du pus bleu comme pathogène, c'est-à-dire comme pyogène et phlogogène (*R. S. M.*, III, 729 et 730; X, 223; XXI, 443).

J. B.

Sur l'évolution du champignon du muguet, par AUDRY (*Rev. de médecine*, 10 *juillet* 1887).

Avec Van Tieghem, Audry range le champignon du muguet parmi les saccharomycètes et lui donne le nom de saccharomyces albicans. Il s'élève contre la dénomination de spores donnée aux corps monocellulaires qui le constituent à une période de son évolution; ceux-ci se colorent en effet avec une très grande facilité, tandis que les spores véritables se colorent au contraire très difficilement. Cultivés sur des milieux solides, tels que la pomme de terre, le sérum gélatinisé, ils se développent sans dépasser cette forme arrondie qui le fait ressembler à une levure ou à une myco-levure de Duclaux. Sur les milieux liquides (bouillon de Koch ordinaire), ce champignon se transforme en longs filaments qui dérivent évidemment des corps monocellulaires; parfois ces filaments présentent une extrémité renflée, tandis que l'autre s'articule avec un filament voisin. Au point où les deux filaments se correspondent, il existe un étranglement comparable aux étranglements annulaires de Ranvier; mais jamais on ne constate dans leur intérieur rien qui rappelle la sporulation. Si l'on transporte ces filaments sur un milieu nutritif solide, la nouvelle culture ne produit plus de filaments, mais des corps monocellulaires comme précédemment.

Alors même que le milieu de culture est alcalin ou neutre, le développement du champignon se fait et le milieu de culture est alors devenu acide, de telle sorte qu'on doit se demander si Gubler ne s'est pas trompé en disant que le muguet n'apparaissait que chez les individus dont la bouche présentait une réaction acide et si cette acidité n'est pas effet au lieu d'être cause.

Le borax arrête la culture du champignon du muguet, d'où il suit que l'emploi de ce corps dans le traitement du muguet est parfaitement justifié. C. GIRAUDEAU.

Étude expérimentale de la transmission de la morve par contagion médiate ou par infection, par CADÉAC et MALET (*Revue de médecine*, 10 *mai* 1887).

Cadéac et Malet se sont proposés de rechercher dans ce mémoire quel est le rôle des voies respiratoires dans la propagation de la morve. L'atmosphère pouvant être contaminée de diverses façons, ils se sont efforcés de les reproduire et de rechercher pour chacune d'elles si la morve peut être communiquée ainsi à un animal sain. Il résulte de leurs expériences que : 1° les ânes qui sont les meilleurs réactifs de la morve ne contractent pas cette maladie en inspirant à un mètre de distance l'air expiré par les morveux; 2° les ânes affectés d'une inflammation catarrhale des voies respiratoires, provoquée par des vapeurs de brome et placés dans les mêmes conditions, n'ont pas gagné la morve à la suite d'inhalations prolongées pendant plus d'une semaine plusieurs heures par jour ; 3° l'eau obtenue en condensant à plusieurs reprises la vapeur exhalée par les poumons de solipèdes morveux est impuissante à transmettre la maladie. Cadéac et Malet concluent de ces expériences que l'air expiré n'est pas virulent.

Mais la doctrine de l'infection de la morve par l'air ne repose pas uniquement sur le transport des germes par l'air expiré. Il y a d'autres

éléments de contamination de l'atmosphère. Vivant, le cheval morveux infecte les milieux par la salive, l'urine, le pus des ulcères cutanés ou le jetage nasal ; mort, il répand à l'autopsie des émanations dans l'atmosphère, et dans les deux cas les humeurs virulentes peuvent imprégner le sol, contaminer des liquides, se dessécher sur des solides, ou se conserver dans un milieu humide. Pour arriver à établir d'une manière complète la part qui revient à chacun de ces facteurs, Cadéac et Malet ont étudié ensuite l'action des émanations cadavériques, celle du vent sur une nappe d'eau contaminée et celle des poussières morveuses desséchées, et contrairement à ce que nombre d'auteurs admettent ils arrivent à conclure que l'air ainsi contaminé ne peut donner la morve par infection respiratoire. Cependant l'injection de produits morveux dans la trachée d'animaux *atteints de trachéo-bronchite* suffit pour donner naissance à une morve particulière, exclusivement pulmonaire, qui ne s'accompagne ni de jetage, ni de glandage. La même injection faite à un animal sain ne donne lieu à aucun incident, d'où le rôle protecteur considérable de l'épithélium bronchique. (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 43.)

C. GIRAUDEAU.

Impfrotz bei Waldmäusen (Morve inoculée à la souris des forêts), par KITT (*Centralblatt f. Bact. u. Parasit.*, n° 9, *II*, 1887).

On sait qu'il est possible d'inoculer la morve (Löffler) à la souris des champs, mais que la souris des maisons y est absolument réfractaire.

Kitt a, dans ses expériences, trouvé une souris, la souris des forêts, (mus sylvaticus), qui, sensible au virus morveux, ne succombe cependant qu'après un temps très long, variant de 8 à 33 jours.

Les lésions anatomiques constamment trouvées sont les suivantes : une hypertrophie très considérable de la rate ; celle-ci est de coloration rouge sombre, de consistance dure, en même temps qu'elle est parsemée d'une grande quantité de petites tâches jaunâtres superficielles ; parfois, on trouve aussi quelques petits abcès dans le foie, mais tous les autres viscères sont généralement respectés. Au niveau de la plaie d'inoculation, on ne trouve qu'une petite croûtelle de cicatrice ou parfois un léger œdème ou une suppuration très localisée, mais jamais d'ulcération.

Des expériences et inoculations de contrôle sur d'autres animaux, des examens bactériologiques et des cultures ont montré à l'auteur qu'il s'agissait bien, dans tous les cas, du bacille de la morve. W. ŒTTINGER.

I. — De l'action de la chaleur et de l'air sur les spores de la bactéridie du charbon, par E. ROUX (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *août* 1887).

II. — De l'action de la lumière et de l'air sur les spores de la bactéridie charbonneuse, par E. ROUX (*Ibidem*, *septembre* 1887).

I. — On sait que les spores de la bactéridie charbonneuse peuvent être chauffées pendant un grand nombre d'heures à 70° sans perdre leur vitalité. C'est l'action de cette température de 70°, longtemps prolongée, que l'auteur s'est proposé d'étudier, au moyen d'un dispositif expérimental approprié.

L'expérience montre qu'à 70° la spore charbonneuse ne périt qu'après un temps très long si elle est maintenue à l'abri de l'air ; que ce long

chauffage ne modifie pas d'une manière sensible ses propriétés virulentes pour le lapin et le cobaye, puisque la culture des spores chauffées tue ces animaux.

Dans les mêmes conditions de température, ces mêmes germes du charbon meurent beaucoup plus vite quand ils sont au contact de l'air, et avant de périr ils paraissent diminuer un peu de virulence.

C'est sans doute en se combinant aux substances qui forment la spore charbonneuse, que l'oxygène en amène la mort.

II. — Les conclusions à tirer de ce mémoire sont que les spores de la bactéridie du charbon résistent longtemps en milieu humide à la lumière du soleil ;

Qu'elles sont tuées beaucoup plus rapidement quand elles sont exposées à l'action simultanée de l'air et de la lumière ;

Que les bouillons de culture modifiés par l'oxydation sous l'influence de la lumière ne laissent plus germer les spores de la bactéridie, alors qu'ils nourrissent très bien les spores de la bactéridie filamenteuse. Cette particularité a pu faire croire que la spore résistait moins à la lumière que la bactéridie mycélienne. A. CHAUFFARD.

I. — **Zur Ætiologie des menslichen Wundstarrkrampfes (Étiologie du tétanos de l'homme), par HOCHSINGER** (*Centralblatt für Bact.*, *n°* 7, *II*, 1887).

II. — **Ueber die Ætiologie des Tetanus, par BONOME** (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 21, 1887).

III. — **Presenza di micro-organismi nel sangue di due ammalati di tetano. Riproduzione per coltura, par L. VANNI et C. GIARRE.**

IV. — **Uber einen Bakterienbefund bei menschlichen Tetanus, par W. OHLMUELLER et F. GOLDSCHMIDT** (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 569, 1887).

V. — **Rapport préliminaire et recherches expérimentales concernant la nature infectieuse du tétanos traumatique, par Edouard SHAKESPEARE** (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887).

VI. — **Sur la pathogénie du tétanos, par NOCARD** (*Rec. de méd. vétér.*, *p.* 617, 1887).

VII. — **Zur ætiologischen Bedeutung der Tetanusbacillen (Nature bacillaire du tétanos traumatique et du tétanos des nouveau-nés), par BEUMER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 541, *et n°* 31, *p.* 575, 25 *juillet et* 1er *août* 1887).

VIII. — **Zur Ætiologie des Trismus s. Tetanus Neonatorum, par E. PEIPER** (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 777, 1887).

I. — Les recherches de Hochsinger confirment la plupart des assertions de Rosenbach, Nicolaïev et Flugge sur la nature parasitaire du tétanos.

Les points les plus intéressants du travail de Hochsinger sont les suivants : une petite quantité de sang, recueillie avec toutes les précautions nécessaires, dans la veine céphalique droite d'un tétanique, fut placée dans une éprouvette contenant du sérum sanguin préparé suivant la méthode de Koch ; le troisième jour, après avoir été maintenue à une température de 31°, on vit se former dans l'eau de condensation, à la partie profonde de l'éprouvette, un petit nuage blanchâtre, qui se montra constitué par des bacilles très fins, allongés, se colorant par le violet de gentiane. Ces bacilles, ainsi que l'avait déjà dit Rosenbach et ainsi que

l'a constaté l'auteur, sont anaérobies, et leur culture présente-t-elle, en conséquence, de réelles difficultés. Sur plusieurs essais faits en vue d'obtenir des cultures de seconde série, l'auteur n'obtint qu'une seule fois un résultat positif.

D'un autre côté, les inoculations, faites sur des animaux avec le sang du malade mort du tétanos déterminèrent la mort avec des convulsions caractéristiques; toutefois le sang de l'animal, mort dans ces conditions, ne déterminait pas des phénomènes tétaniques, si on l'injectait chez un autre animal, et, d'un autre côté, l'auteur n'a pu de cette façon obtenir des cultures. Il semble qu'il y ait donc, sans qu'on en reconnaisse du reste les motifs, de grandes différences, au point de vue de la toxicité, entre le sang de l'homme et le sang des animaux.

Les inoculations faites avec le liquide des cultures furent également toujours suivies de succès; ainsi que l'avait déjà dit Nicolaïev et Flugge, les symptômes du tétanos n'apparaissent qu'un certain temps après l'inoculation, le plus souvent après une période d'incubation de trois à cinq jours, pendant laquelle l'animal semble être très bien portant.

Le pus se trouvant sur la plaie, qui avait été considérée comme la porte d'entrée du virus tétanique, contenait, en même temps que des micro-organismes divers, le bacille allongé et mince que Hochsinger avait retrouvé dans le sang.

Malheureusement, étant données les grandes difficultés que ce micro-organisme présente pour la culture, puisqu'il est anaérobie, il n'a pu être isolé suivant les procédés connus.

Des essais de culture avec des nerfs et d'autres tissus sont restés entièrement négatifs.

L'auteur pense avoir trouvé le même micro-organisme que Rosenbach et Nicolaïev; il pense également comme eux que le bacille du tétanos sécrète un toxique violent, qui détermine rapidement la mort au milieu des convulsions une fois qu'il a pénétré dans le sang. En tenant compte de plusieurs conditions étiologiques, souvent relevées dans ces observations, il suppose que le microbe pathogène du tétanos doit se trouver soit sous forme de spores, soit sous forme d'organisme adulte dans le sol; des inoculations sous-cutanées, faites avec des parcelles de terre de provenance diverse, n'ont-elles pas, entre les mains de Nicolaïev, déterminé des phénomènes convulsifs bien semblables à ceux du tétanos de l'homme? W. ŒTTINGER.

II. — Bonome, dans trois cas de tétanos observés lors du tremblement de terre de Bojardo, a eu l'occasion de faire les recherches suivantes : dans le liquide qui s'écoulait de la blessure, il a, au milieu de nombreux micro-organismes, constaté la présence d'un bacille allongé, arrondi légèrement à ses extrémités, et présentant à l'une de celles-ci un renflement, de sorte qu'il offrait l'aspect d'une épingle avec sa tête. Tandis que les inoculations pratiquées au moyen de liquides provenant des divers tissus, système nerveux, etc., ont toujours été négatives, celles qui furent faites avec le liquide de la surface ou des régions voisines de la plaie déterminèrent dans tous les cas, chez des animaux mis en expérience, des accidents tétaniques.

C'est de vingt-quatre à cinquante-deux heures après l'inoculation qu'apparaissent les accidents tétaniques, et suivant la région où avait été

pratiquée l'inoculation, on voyait survenir de l'opisthotonos, du pleurothoonos, etc.

Bonome a essayé de cultiver le micro-organisme qu'il regarde, avec Nicolaïev, comme caractéristique du tétanos, mais ses résultats ne sont pas encore absolument démonstratifs; il a, dans ce but, essayé de cultiver sur le sérum sanguin, sur la gélatine mélangée au sérum et peptonisée, sur l'agar-agar peptonisé.

Il résulte de ses recherches que le bacille de Nicolaïev est cependant bien l'agent pathogène du tétanos, mais qu'il se trouve presque toujours accompagné des bacilles de la putréfaction, dont il est très difficile de l'isoler.

Enfin, fait très intéressant, il semble que le bacille du tétanos se rencontre surtout dans la poussière du sol ou dans les débris des vieilles maisons; tandis qu'aucun des blessés de Diano-Marina ne présenta d'accidents tétaniques, plusieurs de ceux de Bojardo succombèrent; d'un autre côté, Bonome, en examinant les débris et les poussières provenant de l'écroulement des édifices de cette dernière ville, y trouva le bacille décrit par Nicolaïev et put reproduire chez des animaux des accidents tétaniques, alors que les mêmes recherches et les mêmes expériences faites à Diano-Marina restèrent toutes négatives. W. ŒTTINGER.

III. — Vanni et Giarre ont constaté dans le sang de rares bacilles et des granulations sphériques de très petit volume, fortement colorées par les préparations d'aniline et résistant aux décolorants. Les inoculations sur la gélatine, sur le sérum sanguin et sur l'agar-agar ont donné trois formes distinctes de parasites pour le premier malade et deux seulement pour le second; à savoir : pour le premier, un microcoque petit, un plus gros et un baccille; pour le second, un microcoque petit et le même bacille, offrant fréquemment un point incolore (bacille sporigène).

Le premier malade mourut le septième jour de la maladie. On ne constate pas d'altérations macroscopiques de la moelle; mais après diverses manipulations, on put reconnaître dans le tissu nerveux et, sur quelques préparations dans les vaisseaux sanguins, des bacilles parfaitement semblables à ceux qu'on avait observés dans le sang et reproduit par la culture. On constata sur ces bacilles le point incolore. Sur les préparations complètement décolorées, on remarqua des granules sphériques, colorés d'une façon très intense, et tout à fait semblables à ceux qu'on avait constatés dans le sang. L. GREFFIER.

IV. — Ohlmüller et Goldschmidt ont pris pour point de départ de leurs recherches l'autopsie d'un homme qui, par une chute de voiture, se fit une plaie superficielle au niveau de la mâchoire inférieure, et une fracture compliquée de la première phalange du pouce. En deux jours, trismus, puis tétanos généralisé et mort.

Avec le sang du cœur et de la rate, avec le pus du foyer de la fracture, cultures par ponction dans des tubes de sérum sanguin humain, maintenus dans un étuve à 38°.

Seuls, les tubes ensemencés avec le pus donnèrent des résultats positifs. Dès le premier jour, légère fluidification du sérum; au microscope, bâtonnets analogues à ceux de la septicémie des souris, quoiqu'un peu plus gros; pus, en bien moindre quantité, quelques streptocoques, et quelques gros bâtonnets épais. Le lendemain, sérum encore plus flui-

difié, streptocoques encore plus rares, bâtonnets fins à tête sphéroïdale ou à extrémités renflées en massues, avec spores terminales incolores. Le troisième jour, culture fétide, à couche supérieure fluide et jaune clair, à couche inférieure trouble et sédimenteuse. Même aspect sous le microscope, identité morphologique des bâtonnets avec ceux décrits par Nicolaïev et comparés sur une préparation envoyée par l'auteur.

L'inoculation de ces cultures sous la peau du dos de deux souris les tue en 17 heures environ, avec un tétanos généralisé. Nouvelles cultures faites avec les animaux ainsi tués, et nouvelles inoculations sur la souris avec résultats identiques. La virulence des cultures anciennes paraît atténuée.

Les auteurs déclarent que, même en suivant de tout point la technique de Nicolaïev, ils n'ont pu obtenir comme lui des cultures pures du bacile du tétanos, ni en variant sur plaques les milieux nutritifs, ni en recherchant sur l'agar les microbes anaérobies.

En chauffant les cultures à 100° pendant 5 minutes et en les réensemençant sur le sérum, comme l'avaient déjà fait Rosenbach et Flugge, les nouvelles cultures sont virulentes, dépourvues de streptocoques, mais contienne encore de gros bacilles, mélangés aux bacilles fins et à spores terminales du tétanos.

Les auteurs admettent que leurs cultures, bien qu'impures, ont démontré l'existence du bacille du tétanos, et son identité avec les microorganismes déjà décrits dans cette maladie par Nicolaïev et Rosenbach.

A. CHAUFFARD.

V. — Shakespeare rapporte une série d'expériences et montre les résultats qu'il a obtenus. Les inoculations ont été faites de deux manières, sous le crâne, suivant la méthode de Pasteur pour la rage, et sous la peau ou entre les muscles. La matière employée pour l'inoculation était en général composée de bulbe et de moelle épinière provenant de cheval ou de mulet morts du tétanos traumatique ainsi que de cultures provenant de ces substances.

Les conclusions que l'auteur tire de ces recherches personnelles sont les suivantes :

1° Le tétanos traumatique du cheval et du mulet est au moins quelquefois, sinon toujours, une maladie infectieuse transmissible à d'autres animaux et même probablement à l'homme. Pendant l'évolution de cette maladie, un virus est élaboré et multiplié qui a le pouvoir de produire la même maladie infectieuse chez d'autres animaux quand il est placé au-dessous de la dure-mère cérébrale ;

2° Ce virus est contenu dans le bulbe et la moelle épinière de l'animal atteint de la maladie. Comme dans le cas de la rage, la virulence de ce virus peut être renforcée par l'inoculation sous la dure-mère de lapin à lapin ; et comme dans le cas de la rage, la virulence du virus est susceptible d'atténuation d'après la méthode Pasteur pour la rage ; et comme encore dans le cas de la rage, ses effets sont beaucoup plus intenses au-dessous de la dure-mère que lorsqu'il est injecté sous la peau ou entre les muscles ;

3° L'auteur réserve ses opinions concernant les effets prophylactiques d'inoculation du virus atténué jusqu'à la fin des expériences.

D'après les observations que l'auteur a entre les mains et les obser-

vations incontestables de plusieurs chirurgiens et vétérinaires, il semble y avoir de sérieuses raisons pour admettre qu'il arrive souvent que l'homme acquiert le tétanos directement ou indirectement de quelques animaux domestiques qui nous entourent, notamment du cheval.

RICHARDIÈRE.

VI. — Nocard a réussi à inoculer le tétanos à des cobayes et à des lapins à l'aide de ciseaux ayant servi à la castration de chevaux morts de tétanos. L'agent contagieux paraît localisé à la plaie, la moelle et le sang ne déterminant pas la maladie. Cet agent paraît être un produit de sécrétion, ptomaïne du microbe décrit par Nicolaïev. A. C.

VII. — Beumer a inoculé le tétanos à de nombreux animaux, souris blanches, lapins, etc., en leur introduisant sous la peau de la racine de la cuisse soit de petites échardes provenant de la planche du quillier qui avait blessé son premier malade, soit de la terre recueillie à l'autre extrémité du jeu, soit des fragments de peau de la plante du pied de son second malade, pris au niveau ou au voisinage immédiat de la plaie, soit enfin des parcelles du gravier constituant le sol sur lequel cet enfant avait coutume de jouer.

Toutes les inoculations pratiquées avec ces différentes matières ont provoqué un tétanos mortel, débutant au voisinage du point inoculé. Beumer conclut de ces expériences que le tétanos inoculé des animaux et le tétanos traumatique de l'homme résultent l'un et l'autre de l'introduction d'un même agent toxique dans le corps. Il se rallie donc à la recommandation déjà faite par Nicolaïev qu'il faut nettoyer soigneusement les plaies de la terre qui les souille, puisque les agents infectieux du tétanos paraissent très répandus dans le sol.

Mais Beumer n'a été guère plus heureux que Nicolaïev, Rosenbach (R. S. M. XXVIII, 679) et Brieger dans ses efforts pour étudier au point de vue biologique, ces agents infectieux. Il a retrouvé dans les produits de raclage de la plaie plantaire de son second malade, les bacilles grêles signalés par Nicolaiev dès 1884, et ces mêmes bacilles sétiformes prédominaient dans les plaies d'inoculation des animaux. Voici une expérience de Beumer qui lui paraît décisive quant au rôle pathogène de ces micro-organismes. Quand on a abandonné quelques jours à la température du corps des tubes contenant du sérum sanguin durci, ensemencé avec des parcelles de tissu voisin de la plaie, il se développe dans tous, des bactéries, qui, à partir du 6e au 8e jour, ramollissent le sérum, lequel finit par tomber contre la paroi du tube. En ouvrant un de ces tubes, on reconnaît facilement l'odeur pénétrante de la putréfaction. Et maintenant, si au bout de quelques jours l'on inocule dans le tissu sous-cutané de souris une fraction de goutte du liquide qui s'est réuni au fond du tube, on réussit presque toujours à déterminer un tétanos. Examine-t-on ce liquide toxique, on y reconnaît la présence de deux espèces de bactéries : une espèce assez grosse qu'on isole facilement par les cultures en plaques, et une petite espèce, qui prédomine toujours dans les plaies d'inoculation. Les cultures pures de la première espèce de bactéries ramollissent et font putréfier le sérum sanguin ; mais, inoculées à des souris, elles ne donnent lieu à aucun trouble morbide. Au contraire, dans ses tentatives pour cultiver en plaques la deuxième espèce de bactéries, Beumer n'a pas mieux réussi que Nicolaïev et que Rosenbach.

Il faut bien admettre, ou bien que les bacilles du tétanos ne peuvent se développer sur des cultures en plaques, parce qu'ils sont peut-être anaérobies, ou bien, comme le suppose Rosenbach, qu'ils ne peuvent vivre que sur un sol préalablement préparé par les bactéries de putréfaction, ce qui expliquerait l'association constante des deux espèces, qui serait un phénomène de symbiose. Beumer termine en déclarant que ses expériences d'inoculation lui permettent d'affirmer que le tétanos des nouveau-nés reconnaît la même étiologie que le tétanos traumatique de l'adulte : les bacilles tétaniques pénétrant par la plaie ombilicale, grâce à des mains ou à des pièces de pansement sales. J. B.

VIII. — C'est un fait confirmatif de la théorie de Beumer que publie Peiper.

Chez un enfant sain, venu à terme, convenablement pansé, début des accidents après la chute du cordon, vers le 5e jour. Tétanos typique le 6e jour. Mort le 7e jour après la naissance.

Quelques heures après la mort, excision du nombril sur des lamelles préparées suivant les méthodes ordinaires, coccus divers et petits bâtonnets fins, un peu plus longs et épais que les bacilles de la septicémie des souris de Koch.

Six souris sont inoculées, par introduction sous la peau du dos de parcelles provenant, pour 2, du centre du nombril de l'enfant, pour 4, des bords contigus.

Vingt-deux heures après l'inoculation, début du tétanos chez 3 des animaux mis en expérience; mort le lendemain; et, 24 heures encore plus tard, mort des 3 autres souris.

Réinoculations positives faites sur 2 cobayes avec des fragments de muscles pris au voisinage des plaies d'inoculation chez les souris.

Pas de culture; pas de description sérieuse des micro-organismes constatés chez le nouveau-né; aucune recherche de ces mêmes micro-organismes chez les animaux inoculés. A. CHAUFFARD.

Note sur la découverte d'un micro-organisme dans la fièvre de Malte, par David BRUCE (*The Practitioner, vol. XXXIX, n° 3, septembre* 1887).

Ayant examiné des coupes de rate traitées par la méthode de Gram et colorées au bleu de méthyle, David Bruce et Sims Woodhead y trouvèrent un grand nombre de microcoques. Mais ces microcoques avaient-ils quelques relations avec la fièvre de Malte ?

Pour répondre à cette question, David Bruce fit avec le Dr Caruana-Scicluna trente ou quarante inoculations dans des tubes d'agar-agar avec du sang pris à l'extrémité du doigt. La plupart des tubes restèrent stériles, un seul donna une culture de microcoques, un autre de torules.

Dans quatre autres cas, les tubes d'agar-agar furent inoculés avec de la pulpe de rate prise quelques heures après la mort. Dans les quatre cas, on obtint des cultures semblables, formées de petites colonies rondes, développées tout autour de la ligne d'inoculation et formant une rosette à la surface de l'agar. Ces colonies qui n'ont aucune tendance à liquéfier l'agar, sont constituées par de petits microcoques, très mobiles, isolés, quelquefois réunis deux à deux, rarement en chaînettes, se développant à la température ordinaire, plus rapidement à l'étuve.

Mais quel effet ces micro-organismes produisent-ils, si toutefois ils en produisent, sur la santé des animaux, dans quelles conditions de température, etc., se développent-ils, où se trouvent-ils, comment pénètrent-ils dans le corps humain, etc.? Ce sont là autant de problèmes que le Dr David Bruce n'a pas encore eu le temps de résoudre. E. DESCHAMPS.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Les essences au point de vue de leurs propriétés antiseptiques, par CHAMBERLAND (*Ann. de l'Inst. Pasteur, avril* 1887).

Il résulte des expériences comparatives de l'auteur, ainsi que des tableaux qui les résument, que les antiseptiques les plus énergiques pour l'ensemble des organismes sont le sublimé et l'acide thymique. D'autres sels, comme le sulfate et l'acétate de cuivre, le bichromate de potasse, sont aussi très actifs, mais laissent pousser des moisissures; puis viennent par ordre décroissant : la cannelle de Chine, très active également, le persulfate de fer, l'acide phénique, le sulfate de zinc, l'alun, le sulfate de quinine.

L'acide borique, l'hyposulfite de soude, le salicylate de soude, l'arséniate de potasse, le bisulfite de soude, le chlorure d'alumine et le chlorure de chaux sont relativement de mauvais antiseptiques. A. CHAUFFARD.

Der antiseptische Werth der Silberlösungen und Behandlung von Milzbrand mit Silberlösungen (Valeur antiseptique des solutions d'argent, traitement du charbon par ces solutions), par BEHRING (*Deutsche med. Woch., n°* 37, *p.* 806, 1887).

L'auteur a été amené par hasard à des recherches intéressantes sur les propriétés antiseptiques de l'oxyde d'argent. Se servant d'une solution de penthaméthyldiamine, il avait remarqué qu'elle mettait obstacle, d'une façon très nette, au développement de plusieurs bacilles, parmi lesquels celui du charbon ; or cette solution contenait, comme il l'a su plus tard, de l'oxyde d'argent.

Dans les bouillons de culture, dans la gélatine, dans l'agar-agar, l'oxyde d'argent n'a qu'une efficacité médiocre, parce que tous ces milieux contiennent des chlorures qui précipitent l'argent sous forme de chlorure d'argent.

Mais il n'en est pas de même dans le sérum sanguin : là, le nitrate d'argent et l'oxyde d'argent exercent une action antiparasitaire beaucoup plus énergique que tous les agents jusqu'ici employés ; 5 fois plus énergiques que le sublimé.

Le sublimé au contraire est plus actif dans les substances qui contiennent du chlore.

Ces résultats obtenus *in vitro* ont conduit l'auteur à des expériences sur les animaux. Il injecte sous la peau des animaux charbonneux (lapins, souris et cobayes) des solutions penthaméthyldiaminiques d'oxyde d'argent, à divers degrés de concentration.

Les plus fortes doses tuent les animaux par empoisonnement, mais détruisent les bacilles charbonneux qu'on ne retrouve ni dans le sang, ni dans les organes ; cependant 2 ont survécu.

Les doses moyennes prolongent la vie des animaux (comparés à des

sujets de contrôle non traités par l'argent) de 12 ou 24 heures ; mais ces animaux succombent au charbon.

Les doses faibles n'offrent aucun avantage ; elles semblent faire mourir les animaux un peu plus rapidement que n'aurait fait le charbon non traité.

On voit que le problème de la destruction du bacille charbonneux dans l'organisme vivant n'est pas résolu par ces expériences : les doses suffisantes pour détruire les bacilles sont hypertoxiques et tuent l'animal lui-même.

Le composé employé par l'auteur a une action locale plus facilement utilisable en pratique que son action générale. Dans 5 cas de blennorrhagie, il a suffi de 3 injections pratiquées avec une solution à 1/7500 pour faire disparaître le gonococcus. L'auteur croit que la durée de la maladie doit être abrégée par l'usage de la solution argentine.

L. GALLIARD.

De l'action antiseptique de l'iodoforme, par Amory JEFFRIES (*The Am. Journ. of Med. Sc.*, *p.* 15, *janvier* 1888).

Après avoir rappelé les expériences de Heyn et Rovsing, de Mickulicz, de Remmo, de Behring, l'auteur rapporte plusieurs expériences desquelles il conclut que :

L'iodoforme n'étant pas parasiticide ne doit pas être employé pour rendre aseptiques les plaies et les instruments.

On peut l'employer dans les plaies septiques et seulement quand les vrais parasiticides sont contre-indiqués, soit par impossibilité de les appliquer, soit par crainte d'intoxication.

L'iodoforme a la propriété incontestable de diminuer les exsudations poreuses à la surface des plaies, aussi pourra-t-on l'employer lorsque ces exsudations ne peuvent permettre d'appliquer dans toute leur vigueur les principes de l'asepsie ou de l'antisepsie. F. VERCHÈRE.

Ueber das Verhalten der sogenannten Saccharin im Organismus (Comment se comporte dans l'organisme le corps appelé saccharine), par E. SALKOWSKI (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CV*, *Heft* 1, *p.* 46).

La saccharine a la propriété d'arrêter la fermentation des substances amylacées neutralisant ainsi l'action des ferments salivaire et pancréatique. Elle paraît avoir peu d'action sur la peptonisation des substances albuminoïdes sous l'influence de la pepsine et de la trypsine. C'est un antiseptique faible. Un chien nourri de viande et prenant de la saccharine augmente de poids, un lapin nourri de végétaux et de saccharine diminue de poids, ce corps paraît donc bien gêner la digestion des corps amylacés. La saccharine est un corps peu soluble. Comme il est antiseptique, on pouvait espérer qu'il servirait à faire l'antisepsie intestinale jusque dans le colon. Il semble, en effet, avoir une action réelle, mais peu considérable.

Enfin Salkowski se demande ce que devient la saccharine dans l'organisme. Il croit qu'elle s'hydrate. Peut-être de l'état d'acide orthosulfaminbenzoïque passe-t-elle aussi à l'état d'acide méta ou para.

P. GALLOIS.

Note sur l'action physiologique et sur l'action thérapeutique du sulfate de spartéine, par MASIUS (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, mars* 1887).

Les expériences de l'auteur ont été faites sur des chiens et sur des malades atteints d'affections cardiaques. Il est arrivé à des conclusions qui diffèrent de celles de Laborde et Leguis.

La spartéine à petites doses ne modifie pas les pulsations carotidiennes chez le chien. A doses relativement modérées, elle diminue l'excitabilité du nerf pneumogastrique, accélère les pulsations qui deviennent moins amples, en même temps qu'elle supprime les variations respiratoires périodiques. A doses toxiques, elle provoque la paralysie du pneumogastrique, l'asphyxie, un changement dans les pulsations, qui devenant plus grandes, plus rares, puis rapidement de plus en plus petites, prennent la forme du pouls alterne et disparaissent finalement. La pression sanguine ne baisse que peu de temps avant la mort. La spartéine n'exerce à l'état physiologique aucun effet sur la sécrétion urinaire. A l'état pathologique, son influence sur le cœur est aussi incertaine que son influence sur la fonction urinaire et sur l'état subjectif du malade. F. H.

Sull'azione biologica della scopoleina, par MARFORI et SARTORI (*Ann. di chim. e di farmac., août* 1887).

Les auteurs déclarent ne pas chercher à approfondir si la scopoléine est un alcaloïde pur ou un mélange d'hyoscyamine et d'hyoscine.

Quant à son action, ils ont fait des expériences sur les animaux et sur l'homme.

Voici leurs conclusions principales :

Action sur le système respiratoire : Les petites doses produisent une augmentation de fréquence des pulsations cardiaques. Les doses élevées donnent une augmentation passagère, puis une diminution sensible de la fréquence et de la force de la systole.

Action sur la respiration : A petites doses, augmentation de fréquence ; à hautes doses, ralentissement et enfin arrêt.

Action sur la température : Abaissement de quelques dixièmes de degrés qui se produit d'une façon graduelle et persiste autant que les autres effets du médicament.

Action sur la sécrétion salivaire : La scopoléine paralyse la corde du tympan et par là supprime la sécrétion salivaire.

Action sur la pupille : Forte mydriase, pouvant durer plus d'un jour. L'action est purement locale et se limite à l'œil dans lequel on fait l'instillation. Elle s'accompagne de paralysie de l'accommodation.

De ces faits, il ressort évidemment : 1° Qu'il est peu probable que la scopoléine soit un mélange d'hyoscyamine et d'hyoscine, car ces deux substances produisent le sommeil et non une excitation cérébrale comme la scopoléine; 2° qu'il y a une grande affinité entre son action biologique et celle de l'atropine, qui pourtant agit à doses beaucoup plus petites, et en diffère encore par quelques autres particularités. L. GREFFIER.

Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der Radix Hellebori viridis u. s. w. (Sur l'action physiologique et thérapeutique de la racine d'ellébore sur le cœur et la circulation), par N. TSCHISTOWITSCH (*Centralbl. f. med. W.*, *n*° 28, *p.* 513, 1887).

Dans le laboratoire de Botkin, l'auteur a essayé l'ellébore en injection sous-cutanée et intraveineuse chez des grenouilles et des chiens : 0,1 à 0,6 centimètres cubes d'une solution aqueuse d'extrait de racine d'ellébore ; chez le chien 0,2 à 1,5 centimètres cubes par kilogramme du poids de l'animal. Le fait le plus caractéristique, c'est, avec le ralentissement des battements du cœur au début, l'élévation de la pression artérielle due en grande partie à la contraction des artérioles périphériques. En clinique, le médicament a été essayé 11 fois dans l'asystolie ; on a donné de 10 à 20 gouttes 4 à 6 fois par jour de la solution d'extrait à 1 pour 100, ou une cuillerée à bouche d'infusion de racines (4 à 6 grains dans 6 onces d'eau) toutes les 2 heures. Dans 6 cas, on a vu survenir la polyurie et le ralentissement du pouls. A. MATHIEU.

Contribuzione allo studio della eliminazione della tallina dell'organismo, par INGRIA (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, *fasc.* 7, 1887).

1° L'absorption de la thalline a lieu très rapidement par la voie stomacale, et son élimination est également très rapide.

2° Le médicament apparaît plus rapidement dans l'urine lorsqu'on emploie des doses élevées, qu'avec de petites doses ; dans les mêmes conditions, sa présence dans l'urine s'observe plus longtemps.

3° La dose minima laissant des traces dans l'urine est de 1 centigramme pour un estomac à jeun.

4° Il y a obstacle à l'absorption, lorsque l'estomac est plein.

L. GREFFIER.

Action physiologique et thérapeutique de l'hypnone, par F. PENSATO (*La Medicina contemporanea*, *juillet et août* 1887).

L'hypnone diminue la contractilité musculaire à un degré plus ou moins prononcé suivant la dose employée. L'excitabilité nerveuse est diminuée et finit par être abolie : cet effet est dû à l'action directe de l'hypnone sur les nerfs périphériques et sur les fibres musculaires striées, car les muscles des membres liés à leur base continuent à se contracter chez les grenouilles empoisonnées par l'hypnone. Cette substance, même administrée à dose fortement toxique, n'arrive pas à paralyser le cœur, et, même au début de son action, elle augmente notablement la force et l'énergie des pulsations et elle ne fait que diminuer leur nombre d'un quart ou d'un tiers à la période la plus avancée de l'intoxication, sans diminuer beaucoup leur énergie. Elle modère ou même annihile les symptômes de l'empoisonnement par la strychnine ; cette action antagoniste est moins prononcée et moins rapide que celle du chloral contre le même empoisonnement, mais l'hypnone a sur le chloral l'avantage de ne pas affaiblir le cœur. L'hypnone modère ou arrête temporairement la fermentation ammoniacale de l'urine, la fermentation alcoolique du sucre, la putréfaction des substances organiques d'origine animale ou d'origine végétale : ces propriétés antifermentescibles et

antiputrides lui sont communes avec toutes les substances dérivées du radical benzol. L'hypnone peut être employée dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'insomnie. L'auteur l'a employée dans la tuberculose pulmonaire et a obtenu la diminution de la toux, en même temps que l'expectoration, de purulente, devenait muqueuse tout en ne diminuant pas de quantité; quelquefois, il a vu la température s'abaisser légèrement. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Zersetzung des neuen Fiebermittels, Antifebrin im Körper (**Sur la décomposition dans l'organisme du nouveau fébrifuge l'antifébrine**), **par WENDRINER** (*Allg. med. Central-Ztg.*, *n°* 1, *et Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 8, 1887).

II. — Ueber Acetanilid, par HERCZEL (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 30, 1887).

I. — Quand on mélange de l'acétanilide ou antifébrine à de l'urine, il se dégage de l'aniline. Cependant on ne retrouve pas ce corps chez les malades qui absorbent de l'acétanilide ; mais on y trouve de l'acide phénique. Le phénol peut aller jusqu'à 5,5 0/0 de l'acétanilide absorbée.

II. — Herczel, par ses expérimentations sur les animaux est arrivé à ce résultat que l'acétanilide attaque les globules rouges du sang. Le sang des animaux intoxiqués renferme de la méthémoglobine. Il est pauvre en oxygène. Dans l'urine, on trouve de l'acide paramidophénolsulfurique. (Paramidophenolschwefelsäure.) L'action toxique est analogue à celle que l'aniline produit sur le sang ; il est vraisemblable qu'une certaine quantité d'aniline est mise en liberté dans l'économie. A. M.

Zur Pharmakodynamik des Antifebrins, par BOKAI (*Deutsche med. Woch. n°* 42, *p.* 905).

Une solution d'antifébrine à 0,05 0/0 tue les infusoires tandis qu'elle respecte les spirilles et bacilles ; elle fait cesser au bout de 4 à 6 minutes les mouvements amiboïdes des globules incolores du sang du lapin.

La solution salée d'antifébrine à la même dose dissout les globules rouges du sang de l'homme, du chien, du lapin et de la grenouille ; les raies de la méthémoglobine ne sont pas visibles dans le mélange qui en résulte, même s'il reste coloré en rouge.

La solution de 0,5 0/0 d'antifébrine mélangée à 6 0/0 de chlorure de sodium paralyse les terminaisons des nerfs moteurs de la grenouille, absolument comme le curare, et au bout d'un certain temps abolit la contractilité des fibres musculaires striées; elle respecte l'excitabilité de troncs nerveux.

Les doses toxiques d'antifébrine excitent les centres vasomoteurs, les doses mortelles les paralysent.

La cyanose n'est pas le résultat de la formation de méthémoglobine dans le sang, mais de l'asphyxie.

L'antifébrine semble paralyser les éléments sensitifs de la moelle.

L. GALLIARD.

Influence de l'antipyrine sur la nutrition de l'albumine, par LAHOUSSE (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, août* 1887).

Lahousse s'est demandé si l'antipyrine, comme le sulfate de qui-

nine, amenait dans l'économie humaine une diminution dans la distribution des matières albuminoïdes. Ses recherches ont porté sur un homme de 36 ans, jouissant d'une santé satisfaisante. L'azote fut dosé dans les urines et les selles d'après la méthode de Kijeldahl.

De l'étude comparative des analyses quotidiennes pratiquées avant et après l'administration de l'antipyrine, il résulte que cette substance a diminué l'élimination de l'azote dans les excreta de 2 grammes en moyenne ou 13 0/0. P. PARISOT.

De l'action de l'antipyrine sur l'un des centres thermiques encéphaliques, par H. GIRARD (*Revue médic. Suisse romande, VII*, 642, *novembre* 1887).

D'après Girard, ses expériences démontrent que :

1° Dans les conditions physiologiques, l'antipyrine abaisse la température du lapin;

2° Cet agent combat efficacement l'hyperthermie provoquée par l'excitation d'un centre thermique encéphalique;

3° Chez le lapin antipyrinisé, la piqûre du bord interne d'un des corps striés produit l'effet habituel, mais plus ou moins sensiblement atténué; l'action sédative n'est probablement ni assez énergique, ni assez prolongée pour pouvoir prévenir complètement les phénomènes d'excitation qui suivent la lésion du centre thermique.

L'antipyrine ralentit les échanges organiques (diminution de la quantité totale de l'azote dans l'urine) et, comme les autres substances toxiques, altère momentanément le noyau des cellules hépatiques. Cette dénutrition passagère est due probablement à une excitation négative (inhibition) de certaines parties du système nerveux central, ce qui autorise à ranger l'antipyrine parmi les antithermiques *nervins*. J. B.

I. — On the elimination of sulphuretted hydrogen artificially introduced into the body, par Austin FLINT (*Med. News*, 10 *décembre* 1887).

II. — On the action of sulphuretted hydrogen on certains microorganisms, par Frank GRAUER (*Ibidem*).

I et II. — Flint et Grauer ont étudié cliniquement et expérimentalement la question de l'hydrogène sulfuré.

Ce gaz, introduit dans le rectum, est-il éliminé par les poumons ? Non, d'une façon générale ; s'il s'en élimine quelque peu, la quantité en est extrêmement minime.

L'hydrogène sulfuré, injecté en solution aqueuse sous la peau, n'est pas éliminé par le poumon, mais il peut être ainsi employé sans danger.

Quant à l'action de ce gaz sur les micro-organismes, les expériences de Grauer montrent qu'elle est nulle sur les microbes de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'anthrax, du choléra asiatique du choléra nostras, et sur le bacille tuberculeux. A. C.

Quelques expériences sur le salol par MOSSÉ et HADJÈS (*Gaz. hebd. de méd. et chir., septembre* 1887).

Mossé et Hadjès ont fait une série d'expériences sur le chien, l'homme sain et l'homme malade, dans le but d'expérimenter les propriétés physiologiques et thérapeutiques du salol.

Chez le chien, à partir de 0gr,20 par kilogramme d'animal, le salol détermine une accélération de la respiration et du pouls, et une légère élévation de la température. — Au-dessus de 0gr,40 par kilogramme d'animal, il peut entraîner des accidents graves et même mortels.

Chez l'homme sain, le salol s'absorbe et s'élimine rapidement. Les doses de 2 grammes (massive) et 3 grammes (en plusieurs fois dans la journée) ne déterminent ni sensations désagréables sur la muqueuse digestive, ni changements appréciables dans les grandes fonctions.

Dans le rhumatisme, en particulier dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, le salol possède une réelle efficacité contre les phénomènes douloureux. Son influence sur la température est moins nette. RICHARDIÈRE.

Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der gasförmigen Gifte (Action des poisons gazeux), par Johann BELKY (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVI, Heft* 1, *p.* 148).

Les altérations que subit l'oxyhémoglobine sous l'influence des divers gaz irrespirables se produisent-elles pendant la vie et provoquent-elles la mort, ou bien sont-elles consécutives à la mort elle-même? Telle est la question que J. Belky cherche à résoudre. Chimiquement, la solution du problème est difficile à obtenir, car, en prenant à un animal soumis à des inhalations toxiques une certaine quantité de sang, il est difficile de soustraire ce sang à l'action de l'oxygène; l'hémoglobine s'oxyde alors et se débarrasse des substances toxiques auxquelles elle s'était combinée. L'auteur utilise l'analyse spectrale de la façon suivante. Il fait agir les poisons gazeux sur un lapin. Il place l'oreille de l'animal sur le trajet d'un fort rayon lumineux et étudie les diverses modifications subies par le spectre et la production des diverses bandes d'absorption dues aux combinaisons de l'hémoglobine avec les divers gaz. Il constate que les bandes d'hémoglobine intoxiquée se produisent pendant la vie. Les substances qu'il a étudiées sont l'oxyde de carbone, l'acide cyanhydrique, le protoxyde d'azote, l'ammoniaque et l'acide sulfhydrique. Pour ce dernier gaz, l'intoxication se ferait par trois étapes successives qui correspondraient aux trois états suivants de l'hémoglobine O.S.Hb, S.S.Hb, H^2.S.Hb. J. Belky se propose d'étudier de même l'action des hydrogènes arsenié, antimonié et phosphoré. P. GALLOIS.

Recherche expérimentale sur l'état de la température pendant l'intoxication strychnique, par CHOUPPE et PINET (*Soc. biol.*, 26 *mars* 1887).

Ces recherches ont été entreprises pour vérifier ce fait avancé par Mosso que l'augmentation de la température chez les animaux strychnisés était due bien plutôt à une action excitante de la strychnine sur les centres nerveux qu'aux contractions musculaires tétaniformes. Les expériences pratiquées sur des chiens ont conduit les auteurs à conclure que, dans l'intoxication strychnique, l'hyperthermie est certainement due aux contractions musculaires. C. WALTHER.

Fall von acuter Blutdissolution (Empoisonnement aigu par l'hydrogène arsénié), par IMMERMANN (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, *n*° 23, *p.* 727, 1er *décembre* 1887).

Après avoir été occupé durant deux jours à verser de l'acide chlorhydrique impur sur des déchets de zinc, un ouvrier est brusquement pris de douleurs

rénales et d'urines rares et noires. Deux jours plus tard, quand il entre à l'hôpital, on constate une rougeur universelle des téguments et de l'injection des conjonctives. La rate et plus encore le foie sont tuméfiés et sensibles. L'urine, qui ne contient aucun élément figuré, renferme au spectroscope une grande quantité d'hémoglobine oxygénée de méthémoglobine et des traces de matière colorante biliaire.

Les globules rouges sont très peu nombreux (885,000-920,000), et beaucoup sont réduits en détritus; le pouvoir colorant du sang est relativement considérable, 57 0/0 de la normale, et dû évidemment en grande partie au plasma. Le gonflement du foie et de la rate rétrocède; les téguments et les conjonctives devinrent ictériques; les garde-robes semblaient formées de bile pure; enfin, après plusieurs jours d'anurie, le malade succomba dans le coma.

A l'autopsie : Rate et foie un peu volumineux. Les lésions principales se trouvent dans les reins qui étaient très hyperthrophiés et pèsent le double qu'à l'état normal; leurs substances médullaire et corticale avaient une coloration foncée, noirâtre; les canalicules urinifères étaient obstrués par des masses de stalactites.

L'analyse chimique a révélé la présence d'arsenic dans l'acide chlorhydrique. L'hémoglobinémie et les autres accidents consécutifs ont été le résultat d'un empoisonnement par l'hydrogène arsenié (*R. S. M.*, XXIV, 448). J. B.

Recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth, par DALCHÉ et VILLEJEAN (*Archives gén. de méd.*, *août* 1887).

Le sous-nitrate de bismuth peut être impunément ingéré par la voie stomacale, même s'il est prescrit, comme le faisait Monneret, à des doses considérables. Quand il est, au contraire, absorbé par la voie hypodermique ou par la surface d'une plaie, il peut occasionner des accidents toxiques aigus, imputables au bismuth lui-même. Cette absorption est due à la présence des matières albuminoïdes favorisant la solubilité de l'oxyde métallique, quoique lente, elle entraîne l'intoxication parce qu'elle est continue. Parmi les accidents que détermine cet empoisonnement, un des plus remarquables consiste dans le développement d'une stomatite gangréneuse. Les fonctions rénales sont le plus souvent troublées. L'urine devient noirâtre, laisse se former un précipité de même couleur et contient du bismuth. Fréquemment, elle renferme de l'albumine en quantité variable, des éléments épithéliaux et des cylindres, indices d'un certain degré de néphrite. Enfin, il se développe une entérite avec diarrhée. RICHARDIÈRE.

Exitus lethalis in Folge missbräulich gehandhabter Schmiercur (Décès à la suite de frictions mercurielles), par O. BRAUS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 593, 1887).

Voici deux exemples d'accidents intestinaux mortels dus à l'absorption du mercure.

1° Un sujet de 32 ans, syphilitique, se frictionne tous les jours depuis trois semaines avec 5 grammes d'onguent mercuriel; depuis quelques jours, il emploie même 10 grammes. Brusquement, il est pris de coliques atroces avec ténesme vésico-rectal; tympanisme, facies abdominal, refroidissement des extrémités. T. 38°, p. 82. On constate un certain degré de stomatite. Le malade succombe le troisième jour.

2° Homme de 45 ans, syphilisé depuis quelques mois, ayant pratiqué des

frictions pendant six semaines, a des alternatives de diarrhée et de constipation. Pendant une nuit, diarrhée et coliques. Le matin, diarrhée, vomissements, aspect cholériforme, voix cassée, tympanisme, grande anxiété, ténesme vésical. P. 112, t. 39°. Opium, glace, puis injection de morphine, champagne. Mort à la fin de la semaine. La stomatite a été peu intense.

Autopsie. Péritonite. La séreuse est recouverte d'un enduit fibrineux mince. L'intestin présente des ecchymoses et même des foyers hémorragiques et de petites ulcérations. Distension énorme de l'intestin ; on aurait pu croire au premier abord à un étranglement interne. L. GALLIARD.

A clinical analysis of 64 cases of poisoning by lead chromate (64 cas d'empoisonnement par le chromate de plomb), par David Denison STEWART (*Med. News*, 31 *décembre* 1887).

Stewart a publié (*R. S. M.*, XXX, 491) 9 cas d'intoxication par le chromate de plomb employé pour jaunir les petits pains et les gâteaux. Depuis lors, il a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'empoisonnements de ce genre et il a pu réunir 64 observations dont 57 personnelles.

Sur ces 64 cas, on compte 21 hommes, 43 femmes. Chez 5 femmes, les accidents survinrent dans le cours de la grossesse, qui suivit son cours normal, sauf dans 2 cas, des crises d'éclampsie. 4 des enfants eurent des convulsions 2 mois après la naissance ; 2 moururent.

La cachexie saturnine était manifeste dans 50 cas ; une teinte jaune intense de la peau existait chez 7. Chez la plupart, des accidents neurasthéniques précédaient les coliques, les arthralgies ou l'encéphalopathie. Voici les différents symptômes et leur répartition proportionnelle dans cette statistique : névralgies vagues, 6 ; prurit intense, 5 ; mauvais goût, métallique ou désagréable, 21 ; liséré gingival, 57 ; coliques saturnines types, 39 ; vomissements de couleur jaune ou gris foncé, 51 ; arthralgie, 47 ; céphalée, 47 ; encéphalopathie, 15 cas. Chez 11 malades, elle se manifesta sous forme d'éclampsie ; chez une, par du délire avec mélancolie, chez une autre par du coma ; 8 de ces malades succombèrent.

L'examen des viscères dans les 5 autopsies qu'on put faire montra de notables quantités de plomb, surtout dans le foie. A. C.

Ein Fall von Anilinvergiftung (Empoisonnement par l'aniline), par Carl DEHIO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 1, *p.* 11, 2 *janvier* 1888).

Une femme de 23 ans tente de se suicider en avalant 10 grammes d'aniline brute. Deux heures plus tard, la face et les membres ont une teinte bleu grisâtre ; la respiration est bruyante et fréquente, le pouls accéléré ; les pupilles sont dilatées et l'haleine a une odeur caractéristique. L'administration de lait provoque d'abondants vomissements offrant les réactions de l'aniline et de la toluidine.

Dans les heures suivantes, la malade tombe dans le coma avec perte des réflexes cutanés ; elle n'avale pas les liquides mis dans sa bouche ; respiration profonde, irrégulière et inégale, sans pause entre les deux temps ; 132 pulsations ; de 36°,9, la température axillaire tombe bientôt à 35°,7.

L'urine, retirée 14 heures après l'empoisonnement, ne contient ni albumine, ni sucre, ni matières colorantes biliaires, mais elle présente les réactions caractéristiques de l'aniline, de la paratoluidine et de leurs dérivés ; 7 heures plus tard, l'urine et le sang renferment de la matière colorante de la bile. 30 heures après l'empoisonnement : 36 respirations régulières ; 37° ; 112 pul-

sations. Sueurs profuses. Insensibilité moins complète. Début d'un ictère qui va en augmentant jusqu'au 5e jour.

Le 3e jour, retour complet de la connaissance, mais faiblesse extrême; la malade est incapable de se tourner dans son lit, ni de lever les bras.

Le 6e jour, la coloration plombée des téguments a disparu; l'ictère diminue; l'urine ne contient plus de matières colorantes biliaires, mais elle renferme de l'hémoglobine.

Le 10e jour, cessation de l'hémoglobinurie.

Le 11e jour, disparition de l'ictère. L'émaciation est considérable; 1,400,000 globules rouges.

Le 14e jour, l'amaigrissement et l'anémie ont fait de rapides progrès; la peau a la blancheur du marbre et les lèvres sont complètement décolorées.

A partir de ce moment, on note une amélioration lente, mais, le 18e jour, le sang ne contient encore que les deux tiers de sa proportion normale d'hématies et, le lendemain, les matières azotées sont réduites à moitié, les chlorures réduits à un dixième dans l'urine.

C'est le premier cas d'empoisonnement par l'aniline, dans lequel on ait noté à la fois de l'ictère et de l'hémoglobinurie. J. B.

Bildet sich Methämoglobin im Blute lebender Thiere bei tödlicher Intoxication mit chlorsaurem Kali ? (Se forme-t-il de la méthémoglobine dans le sang des animaux vivants dans l'intoxication mortelle par le chlorate de potasse), par BOKAI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 42, *p.* 906, 1887).

Stokvis prétend que la méthémoglobine ne se produit, dans le sang des animaux empoisonnés par le chlorate de potasse, qu'après la mort.

Bokai constate qu'elle n'y existe jamais pendant la vie, depuis l'ingestion jusqu'au moment de la mort; d'après lui, les raies ne se montrent même pas immédiatement après la mort, mais seulement au bout d'une heure et demie.

Au contraire, les raies d'oxyhémoglobine sont constamment visibles jusqu'au moment de la mort.

Donc la production de méthémoglobine dans le sang ne peut être considérée comme la cause de la mort chez les animaux empoisonnés par le chlorate de potasse. L. GALLIARD.

Intoxication durch Homatropine (Intoxication par l'homatropine), par ZIEM (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *août-septembre* 1887).

Après avoir rappelé un cas d'empoisonnement par la duboisine, observé par Chadwick, et non suivi de mort, l'auteur rapporte qu'après avoir, chez un individu de 19 ans, placé, dans le cul-de-sac conjonctival gauche, gros comme un pois d'une pommade à 1/3 0/0 d'homatropine, au bout de quelques minutes survinrent des vertiges, de la perte de mémoire, un ralentissement du pouls (40 puls. par minute); le malade fut couché immédiatement, et le pouls s'éleva rapidement à 52 pulsations, tandis que la respiration était à 30-32 par minute. Les extrémités, ainsi que la peau du nez et du visage étaient froides, le tout accompagné de sueurs profuses. Le malade ayant avalé une tasse de bouillon, la respiration revint à 24, le pouls à 68, et au bout d'un quart-d'heure, à 72; et, plusieurs heures plus tard, le malade accusait encore de la faiblesse. Il n'y eut pas de diminution de l'acuité visuelle.

L'auteur écarte l'idée d'inanition, puisque le malade avait mangé comme d'habitude. Peut-être faudrait-il admettre, comme cause prédisposante, un commencement d'intoxication par l'oxyde de carbone auquel l'individu fut soumis quelques jours auparavant. ROHMER.

De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, par LABORDE et MAGNAN (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *IX*, 625, *août* 1887).

Les expériences ont été faites sur des chiens. Les *huiles de vin français* et *allemand*, sorte de bouquet qu'on ajoute aux vins artificiels, injectées dans la veine saphène externe à la dose de 8 centimètres cubes, tuent l'animal au bout d'une heure, en provoquant l'un et l'autre des troubles très analogues sur le cœur et la respiration.

Les *alcools* de *vin*, de *betteraves* et de *maïs*, à la dose stomacale de 50 grammes, donnent une ivresse légère avec le premier, plus accusée avec l'acool de maïs, et présentant le maximum d'intensité avec l'alcool de betteraves. Ces deux derniers produisent en outre, dès le début, une légère hébétude et plus tard de la douleur qui se traduit par des cris plaintifs. L'alcool de maïs a déterminé de plus du tremblement des pattes et l'alcool de betteraves un profond sommeil pendant vingt-quatre heures.

L'alcool éthylique, quel qu'en soit la provenance (vin, maïs, betterave), donne lieu aux mêmes phénomènes toxiques, se traduisant par la perte du mouvement et de la sensibilité.

Quant aux résidus de la distillation de ces trois alcools, ils sont très irritants pour l'estomac ou pour la veine dans laquelle on les injecte, et donnent lieu à des symptômes ébrieux plus intenses.

L'étude expérimentale du furfurol ou aldéhyde pyromucique des alcools de grain rend compte de la symptomatologie différente de l'alcoolisme aigu dans certains pays, tels que l'Écosse et l'Irlande où les ouvriers et paysans boivent les résidus des alcools de grain. Le furfurol, en effet, provoque des attaques épileptiques et a une action inhibitoire des plus manifestes sur la respiration, le cœur continuant à battre en dernier lieu.

A la place de l'essence de reine des prés qui entre normalement dans la composition du vermouth et du bitter, les fabricants lui substituent un bouquet artificiel, donnant lieu, mais à doses plus élevées, aux mêmes accidents épileptiques que l'absinthe, c'est l'aldéhyde salicylique. De même ils remplacent l'essence de winter-green dans les mêmes liqueurs par le salicylate de méthyle, qui provoque des convulsions toutes différentes, mélange de raideur et de tremblement, ne rappelant en rien le cycle de l'attaque épileptique.

La liqueur de noyau renferme par litre 5 grammes d'un bouquet ou essence de noyau composée de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque. C'est un toxique tétanisant, troublant profondément le cœur et la respiration. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — **The action and the use of digitalis and especially of the strophantus hispidus, par FRASER** (*Brit. med. journ.*, *n°* 1298, *p.* 904, 1885).

II. — **On the tincture of strophantus, par FRASER** (*Ibidem*, *p.* 551, 1887).

III. — **Le strophantus comme médicament cardiaque, par BOWDITCH** (*Boston med. journ.*, 17 *mars* 1887).

IV. — **Sur l'action des semences de strophantus, par PINS** (*Therap. Monatsh. juin* 1887).

V. — **Du strophantus, par HAAS** (*Soc. de méd. de Prague*, 21 *octobre* 1887).

VI. — *Idem*, **par R. LÉPINE** (*Semaine méd.*, 23 *novembre* 1887).

VII. — **Zur Würdigung des therap. Werthes des Strophantustinctur (Valeur de la teinture de strophantus), par HOCHHAUS** (*Deut. med. Woch.*, *n°* 42, *p.* 909, 1887).

VIII. — **Zur Kenntniss der Strophantinwirkung, par PASCHKIS et ZERNER** (*Wiener med. Jahrb.*, *p.* 513, 1887).

IX. — **Ueber den ther. Werth. (Valeur des préparations de strophantus), par ZERNER et LŒW** (*Wiener med. Woch.*, *n°* 36, 1887).

X. — **Du strophantus et de la strophantine, par CATILLON** (*Soc. de thérap.*, 9 *novembre* 1887).

XI. — *Idem*, **par BUTTIN** (*Rev. méd. Suisse romande*, *p.* 673, *novembre* 1887).

XII. — *Idem*, **par J.-L. PREVOST** (*Ibidem*, *p.* 724, *décembre* 1887).

XIII. — *Idem*, **par GLEY et LAPICQUE** (*Soc. de biol.*, 2 *juillet* 1887).

XIV. — **Histoire médicale des strophantus, par Paul CAZAUX** (*Thèse de Paris*, 1887).

XV. — **Le strophantus, par DUJARDIN-BEAUMETZ, BUCQUOY** (*Soc. de thérap.* 23 *novembre* 1887).

XVI. — **Du strophantus hispidus, par MAIRET, GROGNIER et COMBEMALE** (*Montpellier méd.* 1887 *et Gaz. hebdomad. de méd.*, 9 *décembre* 1887).

XVII. — **Strophantus in heart disease, par C. W. SUCKLING** (*Brit. med. journ.*, 19 *novembre* 1887).

XVIII. — **Alcune osservazioni dell'uso dello strofanto nei maladi di cuore, par A. ROVIGHI** (*La Riforma med.*, 14 *octobre* 1887).

XIX. — **Contribution à l'étude du strophantus et spécialement de son application au traitement de la néphrite scarlatineuse et de certaines paralysies locales, par POULET** (*Bull. de thérap.*, *décembre* 1887).

I et II. — Les strophantus sont des Apocynées vénéneuses répandues dans toute la zone tropicale et comprenant un grand nombre de variétés encore mal définies. Au Gabon, un strophantus est employé sous le nom

d'inée (voy. *R. S. M.* I, p. 57) comme poison des flèches. Pélikan et Vulpian, puis après, Polaillon et Carville, ont montré que c'était un poison du cœur.

Fraser est le premier qui ait étudié cette plante (*Proced. of royal Soc. Edinburg* 1869-70, p. 99,) au point de vue pharmacologique et thérapeutique. D'après ses expériences et ses observations publiées en 1885, le strophantus régularise et ralentit le pouls, relève la pression intra-vasculaire, active la diurèse et fait cesser la dyspnée. Il aurait sur la digitale l'avantage d'agir avec plus de rapidité, de ne pas donner lieu à de l'irritation gastro-entérique, et de ne pas agir sur les vaisseaux pour en produire la contraction. Fraser emploie la teinture de semences au 20e, à la dose de 15 à 30 gouttes par jour. Il a abandonné la voie hypodermique, la strophantine étant une préparation mal définie.

III et IV. — Bowditch et Pins confirment les faits avancés par Fraser. Le strophantus agit sur le cœur sans influencer les vaisseaux.

V. — D'après Haas, le strophantus a une action sensiblement différente de celle de la digitale; il paralyse les vaso-moteurs, et, chez les malades auxquels il l'administre, il a toujours vu diminuer l'impulsion cardiaque.

VI. — C'est à des résultats analogues qu'est arrivé Lépine. Chez douze malades qui ont pris ce médicament, trois seulement ont éprouvé une suractivité de l'énergie cardiaque; chez neuf autres, il y a eu une diminution et une cessation des palpitations.

Dans les expériences sur les animaux, Lépine a vu une dose forte amener l'arrêt du cœur en diastole, précédé d'une augmentation de la tension artérielle; les doses faibles ne modifient pas sensiblement la pression. A. C.

VII. — Dans les lésions d'orifice à la période des troubles de compensation, la teinture de strophantus est parfois un excellent remède pour ralentir les contractions cardiaques, les régulariser et les renforcer, pour faire disparaître la dyspnée et l'œdème.

Mais le strophantus est loin d'avoir la sûreté d'action de la digitale, car ce médicament réussit encore là où le strophantus échoue; et dans les cas où la digitale ne peut rien, le strophantus doit rester inefficace.

Il paraît donc impossible de donner à cette heure les indications spéciales du strophantus dans les affections cardiaques.

Dans les dégénérescences chroniques du myocarde, le strophantus fait d'abord disparaître la dyspnée et œdèmes, puis il régularise et renforce le cœur.

Il a une certaine efficacité dans les palpitations nerveuses et la dyspnée nerveuse, et aussi dans les œdèmes cachectiques.

Peu d'action sur les néphrites aiguës ou chroniques.

Le médicament provoque parfois de l'inappétence, des nausées et des vomissements, quelquefois de la diarrhée.

La dose ne doit pas dépasser 60 gouttes par jour. Chez les enfants, il ne faut pas dépasser 15 gouttes.

Ce n'est qu'au deuxième ou troisième jour que le médicament agit, et son effet se prolonge pendant une ou deux semaines; on n'a pas à craindre d'effets cumulatifs.

Le strophantus n'a donc pas, en résumé, les effets merveilleux que

certains auteurs lui ont attribués, mais il mérite d'occuper, à côté de la digitale, une place honorable. L. GALLIARD.

VIII. — La strophantine agit sur les grenouilles comme la digitaline, quel que soit le mode d'introduction de médicament (injection sous-cutanée, injection dans le sac lymphatique dorsal ou dans la cavité abdominale, instillation sur le cœur). Elle augmente la pression sanguine, ralentit le pouls, arrête le ventricule en systole et, au bout d'un moment, l'oreillette en diastole.

Chez le chien, l'injection d'une faible dose de strophantine (0gr,005) élève la pression sanguine d'une façon temporaire. L'injection de 0gr,001 abaisse, au contraire, la pression pendant deux ou trois minutes, mais sans l'empêcher de revenir au degré normal. L'injection de 0gr,005 abaisse la pression immédiatement et même, au bout de deux ou trois minutes, l'arrêt du cœur.

Chez l'homme, la strophantine se comporte comme un médicament cardiaque énergique. Dans un cas d'insuffisance mitrale avec asystolie, la comparaison de deux tracés sphygmographiques pris l'un avant, l'autre après l'administration du médicament, montre le renforcement du pouls, l'élévation de la pression sanguine, la régularisation du pouls.

Chez l'homme sain, la strophantine modifie également le tracé; elle rend la ligne d'ascension plus longue et plus verticale, la ligne de descente moins inclinée; cela indique la contraction brusque du ventricule gauche et sa détente rapide.

Sous l'influence de 20 gouttes de teinture de strophantus chez un homme de 28 ans, sain, le pouls tombe en 30 minutes de 57 à 55; la pression sanguine s'élève de 80 millimètres à 89.

L'action diurétique paraît moins nette. Avec 45 grammes de teinture, chez un homme de 30 ans, bien portant, on n'a pas augmenté la quantité d'urines. L. GALLIARD.

IX. — Le strophantus Kombé augmente l'énergie des contractions cardiaques, en même temps qu'il les ralentit. On doit l'employer dans tous les cas où l'on cherche à relever l'action de cet organe; il agit donc comme la digitale; mais il a sur elle cet avantage, c'est qu'il agit rapidement, en moins de 15 minutes, et de plus qu'il ne s'accumule pas dans l'organisme. On pourra l'employer non seulement dans les affections mitrales non compensées, mais aussi dans d'autres affections cardiaques où l'énergie des muscles est insuffisante, telle que la dégénérescence graisseuse, dans laquelle la digitale est contre-indiquée. — La teinture de graines de strophantus a été employée par les auteurs à la dose de 10 à 15 gouttes deux à trois fois par jour; la strophantine à la dose de 0,002 à 0,004 dans 180 d'eau a été essayée avec succès. BARBE.

X à XIV. — D'après Catillon, quand on pulvérise des graines de strophantus, on éprouve dans le nez et la gorge une irritation persistante accompagnée d'amertume. La strophantène, isolée par Fraser, offre tous les caractères des glucosides; selon Buttin, c'est la substance la plus amère connue; son amertume est encore sensible en dissolution dans 300,000 parties d'eau.

Prevost a fait un certain nombre d'expériences sur des grenouilles et des cobayes auxquels il injectait sous la peau de la teinture de strophantus. Chez les grenouilles, 2 centimètres cubes soit une demi-

goutte de la teinture employée ont développé les mêmes effets qu'un gramme et demi de digitaline d'Homolle et Quévenne. Après l'arrêt du cœur, Prevost a observé la paralysie et l'inexcitabilité des muscles striés survenant tardivement et complète seulement quelques heures après l'injection. Il n'a jamais noté avant l'arrêt du cœur, qui a lieu en systole (contrairement à l'opinion de Lépine qui a sans doute employé de trop faibles doses), la torpeur hypnotique dont parle Langaard (*Therap. Monatshefte*, 1887, n° 5 et 8). Un jeune cochon d'Inde fut tué en 30 minutes avec arrêt du cœur en diastole (comme cela a lieu avec les autres poisons de cœur) par injection hypodermique de 3 à 4 gouttes de teinture diluée au tiers. Prevost infère de ces expériences qu'il serait téméraire d'administrer, sans de grandes précautions, le strophantus par voie sous-cutanée.

Cazaux conclut : Les strophantus exercent une action élective mais non exclusive sur la fibre musculaire cardiaque, car, d'après Gley et Lapicque ils diminuent le pouvoir excito-moteur de la moelle. L'élimination semble en avoir lieu par les reins ; on administre le strophantus sous forme de teinture alcoolique préparée avec les graines et de l'alcool étendu (car l'alcool concentré coagule l'albumine des graines, rend l'extraction du germe actif moins complète) ou de granules de strophantine. Catillon a préparé un extrait alcoolique dont la dose thérapeutique est de 1 milligramme, qui correspond à un dixième de milligramme de strophantine. D'après Cazaux, de toutes les préparations pharmaceutiques employées, celles que l'on obtient avec la strophantine sont les seules qui possèdent une composition toujours constante. On administre la strophantine sous forme de solution alcoolique au vingtième, comme le conseille Fraser, à la dose de 5 à 15 gouttes par jour, ou bien sous forme de granules à un quart de milligramme on en fait prendre de 4 à 6 par jour. (*R. S. M.*, XXX, 487). J. B.

XV. — Dujardin-Beaumetz emploie une solution de semences au 5e dont il donne 14 à 16 gouttes par jour. Il constate que le strophantus est un tonique du cœur, un diurétique ; mais il n'a pas observé de diminution de la stase et de la dyspnée pulmonaire.

Bucquoy donne des granules de 1/2 milligramme d'extrait ou la teinture. Le strophantus a une action de soutien sur le cœur ; il agit bien sur la circulation pulmonaire et diminue la dyspnée. On n'a pas observé de phénomènes d'intolérance.

XVI. — Mairet, Grognier et Combemale se sont servis pour leurs recherches expérimentales et cliniques de graines de strophantus hispidus, dont ils ont fait des extraits alcooliques et des extraits aqueux. Les résultats ont été les mêmes, quels que fussent la nature et l'extrait. Au point de vue physiologique, les auteurs ont reconnu qu'à dose toxique l'urine était diminuée de quantité, devenait sanguinolente et se chargeait d'acides bilieux. A dose physiologique, le strophantus est un diurétique puissant qui peut, dans certains cas, élever de plus de 300 grammes dans les 24 heures le chiffre moyen de l'urine. C'est un diurétique aqueux doué d'une action passagère et qui ne se fait sentir que pendant 5 à 6 heures après l'administration. La théorie musculaire et la théorie nerveuse n'expliquent pas l'action diurétique du strophantus. Cette action doit être expliquée par une irritation rénale, dont on peut retrouver les traces à l'autopsie des animaux mis en expérience.

Les observations cliniques des auteurs ont été faites sur des malades atteints de pleurésie, de néphrite parenchymateuse, de tumeur abdominale avec ascite, de lésion mitrale. Les résultats ont été peu favorables. L'influence diurétique du médicament s'est montrée irrégulière et peu importante. Cliniquement, le strophanthus agit comme un irritant et non comme un médicament sous-cutané.

La valeur thérapeutique de ce médicament est peu importante. Ses applications doivent être restreintes. RICHARDIÈRE.

XVII. — Suckling regarde le strophanthus comme bien inférieur à la digitale.

XVIII.—La teinture de strophanthus administrée par Rovighi à la dose de 10 à 40 gouttes dans les 24 heures, n'a amené chez des cardiaques, qu'une légère diminution de la fréquence du pouls. La digitale et la caféine agissent avec beaucoup plus de sûreté. Il s'agissait il est vrai de cas de cardiopathies très graves. A. C.

XIX. — Poulet a obtenu de très heureux effets du strophanthus, au point de vue de la diurèse, dans la néphrite scarlatineuse. Il a également employé ce médicament avec succès dans les hémorragies avec augmentation de la tension artérielle, dans les paralysies; le strophanthus agit dans ces cas comme sédatif de l'appareil vasculaire musculaire. A. C.

I. — Ueber Strophanthuswirkung, par A. FRAENKEL.

II. — Même sujet, par GUTTMANN.

III. — *Idem*, par LANGGAARD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 4, *p.* 73 *et* 74, 23 *janvier* 1888).

I. — Deux espèces de strophanthus, l'*hispidus* provenant de l'Afrique occidentale, et le *kombé* provenant de l'Afrique orientale, ont fait jusqu'ici l'objet d'applications thérapeutiques. A. Fraenkel s'est servi d'une teinture préparée avec les graines de ce dernier, à la dose triquotidienne de 5 à 10 gouttes, et sans jamais dépasser 50 gouttes par jour. Les observations, qu'il a recueillies sur 22 malades, peuvent se résumer ainsi :

La teinture de strophanthus exerce manifestement une action tonifiante sur le cœur. Dans des circonstances appropriées, elle peut stimuler l'organe cardiaque, accroître la pression sanguine, augmenter la diurèse et diminuer les œdèmes. Mais elle n'est pourtant pas un succédané complet de la digitale. Cette dernière peut être très efficace dans des cas où le strophanthus est sans effet, tandis que Fraenkel n'a jamais noté l'inverse.

A la longue, d'ailleurs, les malades s'accoutument au strophanthus qui devient, dès lors, inefficace. L'action de la teinture de strophanthus est, en somme, médiocre dans les affections valvulaires, nulle dans l'artériosclérose et relativement favorable dans les troubles fonctionnels et la débilité du cœur.

Elle agit parfois comme antihydropique dans les stases du système de la veine-porte.

Contrairement à Hochhaus, Fraenkel ne l'a jamais vue diminuer la dyspnée, sans agir en même temps sur la diurèse et le cœur.

Les effets thérapeutiques du médicament se produisent au plus tôt

dans le cours de 24 à 48 heures; il ne détermine d'autres phénomènes désagréables que des troubles dyspeptiques modérés.

II. — P. Guttmann a pu observer l'action du strophanthus sur 30 malades. Il a employé une teinture de semences de Str. kombé au 1/20e, préparée avec de l'alcool dilué et étendue encore de 80 parties de même alcool, de sorte qu'en définitive, il prescrit une teinture alcoolique de strophanthus au centième. Généralement, il a fait prendre chaque jour à ses malades 80 gouttes, quelquefois jusqu'à 180. D'après Guttmann, le strophanthus est un bon diurétique. L'action diurétique, qui n'est, d'ailleurs, pas constante, est indépendante de l'action cardiaque. Celle-ci est incertaine.

III. — Il ressort des expériences de Langgaard sur les animaux, que le strophanthus et la digitale présentent des effets sensiblement différents. La diminution de fréquence du pouls produite par le strophanthus est insignifiante comparée à celle de la digitale. La pression sanguine n'est nullement modifiée par le strophanthus à petites doses, tandis qu'à doses plus fortes, ce médicament provoque, soit un abaissement continu de la pression, soit une augmentation de pression modérée et très fugitive. Langgaard n'a remarqué d'élévation considérable de la pression sanguine que peu de temps avant la mort amenée par paralysie cardiaque, et toujours après une période d'oscillations étendues de la pression et de battements cardiaques irréguliers.

Langgaard confirme l'action sur le muscle cardiaque signalée par Fraser chez les grenouilles. Chez les animaux à sang chaud, il est moins facile de se prononcer, mais le fait qu'après la mort on ne trouve pas le cœur dur et contracté, semble contraire à l'opinion de Fraser. Le professeur d'Edimbourg a indiqué, comme une propriété spéciale du strophanthus, le différenciant de la digitale, la non-contraction des vaisseaux chez la grenouille; sur le chien, Langgaard a noté le phénomène inverse. L'action diurétique du strophanthus est beaucoup moins nette chez les animaux que chez l'homme malade. A l'inverse de Mairet et Combemale, Langgaard n'a jamais vu la mort survenir par arrêt de la respiration, car cette fonction a toujours survécu à l'arrêt des battements cardiaques.

Les effets du strophanthus sont, d'ailleurs, très variables, suivant la provenance des teintures; ce sont tantôt les effets cardiaques, tantôt les effets nerveux et diurétiques qui dominent, et les doses mortelles oscillent entre 0,2 et 1,5 ou même davantage par kilogramme du poids de l'animal.

Les préparations de strophanthine elles-mêmes ne sont pas toujours identiques. J. B.

Ueber moderne Herzmittel (Les médicaments cardiaques actuels), par EICHHORST (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 2, *p.* 33, 15 *janvier* 1888).

La *strophanthine* en injections hypodermiques provoque une violente inflammation locale.

Eichhorst fait prendre à ses malades, 3 fois par jour, 15 gouttes d'une teinture alcoolique de semences de *strophanthus*, préparée par Keller, pharmacien de l'État de Zurich. Une malade, non surveillée, en a pris, d'un seul coup, 10 grammes, sans éprouver d'autres incommo-

dités que des nausées passagères. Chez un certain nombre d'individus, la teinture de strophanthus est mieux tolérée par l'estomac ou agit plus efficacement que la digitale. Dans le goitre exophtalmique aussi, le strophanthus est très supérieur à la digitale, qui est presque toujours impuissante à ralentir le rythme cardiaque. En résumé, la digitale et le strophanthus ont un pouvoir analogue sur le muscle cardiaque ; ils en ralentissent, en régularisent et en fortifient l'action, d'où, dans certaines circonstances, les effets diurétiques de ces deux médicaments. La digitale a une influence plus prompte et, en somme, plus sûre que le strophanthus. En revanche, le strophanthus l'emporte sur la digitale, parce qu'il n'entraîne ni effets cumulatifs, ni accoutumance, par un usage prolongé.

Le *sulfate de spartéine* ne saurait être mis sur la même ligne que le strophanthus au point de vue de son action sur le cœur et sur les reins ; en revanche, il trouve son emploi dans l'asthme cardiaque.

Les sels doubles de *caféine* (nitrobenzoate et nitrosalicylate) tonifient encore moins le myocarde que la spartéine ; mais, sur celle-ci, ils ont l'avantage d'être d'excellents diurétiques. Quant à l'*adonis vernalis* et à la *convallaria majalis*, Eichhorst n'en fait plus usage ; leur action sur le cœur est insignifiante, leur pouvoir diurétique incertain, et ils donnent fréquemment lieu à des vomissements.

Eichhorst résume ainsi ses expériences sur les divers médicaments cardiaques. De tous, c'est la digitale qui a les effets les plus rapides et les plus sûrs ; vient ensuite la teinture de strophanthus. La spartéine se trouve indiquée, après l'emploi des deux précédents agents, quand il faut combattre des accès dyspnéiques, tandis que c'est la caféine à laquelle on aura recours s'il s'agit d'activer la diurèse. J. B.

I. — Statistique des fièvres typhoïdes observées à Lyon de 1866 à 1886, par BOUVERET (*Lyon médical*, *n°* 45, 1887).

II. — Traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine, par CLÉMENT (*Ibidem*, *n°* 49).

III. — A propos des traitements de la fièvre typhoïde, par LECLERC (*Ibidem*, *n°* 50).

IV. — Les bains froids et l'antipyrine à haute dose dans la fièvre typhoïde par BOUVERET (*Ibidem*, *n°* 51).

V. — Statistique des fièvres typhoïdes de la Croix-Rousse, par Humbert MOLLIÈRE (*Ibidem*, *n°* 1, 1888).

VI. — Étude sur le traitement antipyrétique de la fièvre typhoïde, par VINAY (*Ibidem*, *n°* 2).

VII. — Fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine et terminée par la mort, par WEILL et CHABANNES (*Ibidem*, *n°* 48).

VIII. — Discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde (*Soc. méd. de Lyon*, *Ibidem*, *n.* 52-1-2).

I. — M. Bouveret divise sa statistique en 3 périodes :

a) 1866 à 1872. Mortalité 26 0/0. Pendant cette période, le traitement consiste en expectation et en toniques.

b) 1873 à 1881. La mortalité n'est plus que de 16,5 0/0 : cette période correspond à la première application des bains froids, encore timides et incomplets.

c) 1882 à 1885. La mortalité tombe à 7,3 0/0, depuis que la méthode de Brand est strictement appliquée.

La comparaison de la statistique de Liebermeister, à Bâle, fournit des résultats tout à fait analogues.

II. — M. Clément ne considère pas la méthode de Brand comme exclusive : il préfère l'administration de l'antipyrine à hautes doses (1gr,50 toutes les trois heures, de façon à donner de 5 à 7 grammes par jour). Il a même été jusqu'à 12 grammes par jour. Sa statistique porte sur 71 malades et donne 8 0/0 de mortalité : les 6 morts sont survenues après le 15e jour, et ont été causées par des complications pulmonaires, rénales et péritonéales. L'auteur n'a pas constaté de délire ni de convulsions après le traitement, et il considère l'antipyrine comme aussi efficace que les bains froids, et tout aussi inoffensive, à la condition d'être administrée avec persévérance et à de fortes doses.

III. — Leclerc a examiné des typhiques au point de vue leur teneur en globules rouges, pour juger de la dénutrition plus ou moins rapide qui accompagne les diverses médications auxquelles on les soumettait.

L'examen a porté sur 17 typhiques traités, 5 par le bain froid, 5 par l'antipyrine, 2 par le bain et l'antipyrine, 3 par l'acétanilide et le bain, 2 par l'acétanilide et l'antipyrine : un seul cas de mort, par syncope, chez une nourrice.

Les résultats ont été les suivants : Lorsque le bain froid a été donné d'emblée et exclusivement, la destruction globulaire a été presque négligeable.

Elle n'a été que légère chez les malades comparables traités par l'antipyrine.

La déglobulisation a été toujours plus ou moins considérable avec l'acétanilide; mais la réparation globulaire se fait assez rapidement.

A. C.

IV. — Bouveret répond aux assertions de M. Clément par sa statistique personnelle; il a traité 53 typhiques et a eu 3 morts, dont 2 arrivés mourants à l'hôpital. Il fait le procès de l'antipyrine d'après les considérations suivantes :

L'antipyrine ne combat qu'un élément de la maladie, l'hyperthermie.

Administrée à saturation, elle est dangereuse pour l'économie, et déprime le système nerveux, au lieu de le stimuler, comme le bain froid. Elle peut amener des éruptions, des convulsions, du tremblement et de la parésie cardiaque.

L'abaissement de la température par l'antipyrine n'empêche pas les malades de mourir dans le collapsus.

L'action de l'antipyrine sur les reins est fâcheuse.

Enfin la convalesence, après le traitement par l'antipyrine paraît plus lente et moins régulière.

V. — La statistique d'Humbert Mollière est confirmative des idées de Bouveret. Sur 85 cas, la mortalité générale a été de 10 0/0.

Sur 27 cas traités exclusivement par la méthode de Brand, mortalité 7 0/0.

Sur 14 cas traités par l'antipyrine, mortalité 14 0/0.

VI. — Vinay profite de la discussion sur les traitements comparatifs de la dothiénentérie pour étudier en détail la médication antipyrétique en général.

Il commence par poser en principe cet axiome fort juste, que l'hyperthermie n'est pas le facteur essentiel de la maladie, et que les températures élevées n'expliquent pas toujours la mort des typhiques. Certaines épidémies fort graves ne présentent pas de hautes températures.

Le bain froid, outre la réfrigération qu'il amène, a l'avantage de stimuler le système nerveux et de faciliter l'élimination des produits morbides. Ainsi il développe toujours une polyurie précoce, très favorable à l'expulsion des ptomaïnes de l'économie et de l'urée accumulée dans les tissus. Au contraire l'antipyrine diminue la quantité de l'urine, et surtout l'urée et les oxydations.

L'examen du *pouls* des malades montre qu'avec les bains la dénutrition quotidienne est moindre et le gain de la convalescence plus rapide (380 grammes de perte pendant la période d'état, 500 grammes de gain au décours de la maladie).

Les bains ont, de plus, l'avantage de rétablir le tonus vasculaire (disparition du dicrotisme du pouls) et de diminuer l'albuminurie.

La statistique personnelle de l'auteur est comparable aux précédentes : sur 136 malades, 11 décès, soit une mortalité de 8 0/0.

VII. — Dans l'observation de Weill et Chabannes, la mort semble bien due à l'antipyrine ; la fièvre typhoïde n'a présenté aucune complication : le sujet, homme de 29 ans, était vigoureux, d'une bonne santé. A l'autopsie, aucune lésion significative, congestion diffuse des viscères. L'antipyrine avait été donnée le 10e jour (1 gramme toutes les 3 heures). On cesse le 14e jour (total 38 grammes.) Rechute de la fièvre, reprise du traitement (25 grammes en tout d'antipyrine). Au 7e jour de la rechute, collapsus, convulsions, coma.

Vinay cite un cas de mort chez un typhique traité par l'antipyrine : la mort survint au 45e jour. Aucune lésion saillante à l'autopsie, mais le malade avait perdu 36 0/0 de son poids.

R. Tripier a vu plusieurs cas de mort chez des typhiques soumis à l'antipyrine. A. C.

VIII. — Dans la discussion de la société médicale de Lyon, la majorité des médecins sont partisans résolus de la médication balnéaire : Glénard, Bard, Bouveret, Vinay, statistiques en main, prouvent la supériorité de la méthode et reprennent les arguments de toxicité de l'antipyrine déjà invoqués. Pourtant quelques médecins éclectiques, tels que Laure, ne rejettent pas l'antipyrine, seulement ils proscrivent les doses massives. Voici la statistique :

67 typhiques traités par les bains troids, 6 morts. Mortalité 8,9 0/0.

22 traités par l'antipyrine, 1 mort (4,8 0/0).

9 ont été soumis au traitement mixte, tous ont guéri.

En résumé, la méthode de Brand reste encore, de l'avis de nos confrères de Lyon, la meilleure médication de la fièvre typhoïde. H. R.

Antifebrin, in seiner mannigfaltigen Wirkungsweise, par G. GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 942, 12 *décembre* 1887).

Guttmann se loue fort des résultats qu'il a obtenus en employant l'antifébrine chez 181 malades fébricitants divers et chez 248 malades atteints de rhumatismes variés. Pour lui, à côté de ses propriétés antipyrétiques et peut-être même antiseptiques, l'acétanilide jouit de vertus anti-rhumatismales, égales à celles du salicylate de soude. Les bons effets de l'antifébrine s'accusent dans toutes les formes du rhumatisme articulaire, musculaire, névralgique. Chez les rhumatisants, Guttmann n'a jamais eu besoin de dépasser la dose quotidienne de 3 grammes répartis en 3 prises. Le grand avantage de ce médicament, outre son bas prix, est qu'il est très bien toléré par l'estomac et ne donne pas lieu à du collapsus. Les seuls phénomènes physiologiques qu'il provoque sont des sueurs et de la cyanose des lèvres et des joues. Jamais Guttmann n'a noté d'hématurie. (R. S. M., XXIX, 50, 51, 503 à 505, et XXX, 500.) J. B.

Ueber die bei, Kalkbehandlung der Localtuberculose, zur Verwendung gelangenden Lösungen (Solutions employées dans le traitement de la tuberculose locale par la chaux), par FREUND (*Wien. med. Presse*, *n°* 24, *p.* 840, 1887).

Voici les formules des solutions employées par Kölischer, dans son traitement des tuberculoses locales par les injections dans les tissus (*R. S. M.*, *XXX*, 630).

1° La première solution contient, environ, 0,10 0/0 d'acide phosphorique libre :

Phosphate neutre de chaux	5 gr.
Eau distillée	50

Ajoutez-y une quantité suffisante d'acide phosphorique pour dissoudre. Ajoutez-y enfin :

Acide phosphorique dilué	0 gr. 6
Eau distillée	50

pour injections.

2° La seconde solution, destinée à imprégner la gaze des pansements, contient 1 0/0 d'acide phosphorique libre. L. GALLIARD.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire, par SCHOULL (*Gaz. heb. de méd et chir.*, *n°* 40, 1887).

L'auteur recommande l'emploi des inhalations d'eau boriquée. La solution d'acide borique doit être autant que possible presque concentrée à saturation. Schoull se sert de la solution à 20 0/0, à laquelle il ajoute du goudron dans la proportion de 4 à 5 0/0 dans le but d'empêcher la production de la sensation d'âcreté dans l'arrière-gorge, dont se plaignent les malades soumis aux vaporisations d'eau boriquée pure.

Ce mode de traitement, surajouté, d'ailleurs, au traitement hygiénique ordinaire et combiné avec l'emploi de pilules de créosote et d'arséniate de soude, a toujours donné de bons résultats dans les tuberculoses pulmonaires acquises aux premier et deuxième degrés, des résultats moins satisfaisants dans les cas de tuberculose héréditaire.

L'auteur joint à son travail six observations qui paraissent confirmatives de ses idées sur le traitement de la tuberculose pulmonaire.

RICHARDIÈRE.

I. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par SEILER (*Assoc. franç. Congrès de Nancy*).

II. — *Idem*, par GARCIN (*Broch. Paris*, 1887).

III. — *Idem*, rapport par HÉRARD (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, *XVIII*, *n.* 47).

I à III. — Un des premiers effets de la médication, c'est le retour de l'appétit. En général, la faim se manifeste vers la troisième ou quatrième inhalation, et cela chez des sujets dont l'inappétence était absolue depuis plusieurs mois. Les vomissements, s'ils existaient, cessent en même temps que l'anorexie. Quant à la diarrhée, elle est plus rarement et beaucoup moins rapidement modifiée. Les sueurs nocturnes diminuent et cessent généralement dès le début du traitement; en même temps la fièvre se modère, mais ne disparaît que tardivement.

La conséquence de l'amélioration de ces symptômes dans les cas favorables est une augmentation du poids du corps, qui peut se traduire par les chiffres de 5, 10 livres, et même plus. La dyspnée est un des phénomènes qui s'amendent le plus promptement. La toux change également de caractère : elle est moins tenace, moins continue, moins quinteuse, et les douleurs musculaires qu'elle provoquait dans différents points de la poitrine se calment. En même temps, le sommeil reparaît. Quant à l'aphonie, surtout si elle est liée à des lésions irrémédiables des cordes vocales, elle n'est pas modifiée : en revanche, les douleurs laryngées deviennent moins vives et cessent même complètement.

L'examen des crachats démontre que le nombre des bacilles diminue en général parallèlement à l'amélioration de l'état du malade. Quant aux modifications locales des poumons, elles sont beaucoup plus lentes. Ce n'est que petit à petit que le murmure vésiculaire commence à être entendu dans les points où il était nul, ou bien remplacé par le souffle bronchique.

Alors même qu'il y a eu formation de cavernules, on peut observer et suivre un travail de réparation et de cicatrisation. Mais, pour peu que les lésions soient étendues, la guérison est exceptionnelle. C'est, en somme, au début de la tuberculose chronique, et lorsque les lésions sont limitées, que le traitement par l'acide fluorhydrique, comme toutes les autres médications d'ailleurs, a surtout des chances de réussite.

GASTON DECAISNE.

De l'antisepsie intestinale, par BOUCHARD (*France médicale*, 29 *novembre* 1887).

Bouchard recommande comme antiseptique le naphtol.

Le naphtol est presque insoluble (0,20 centigrammes dans un litre d'eau), — il n'a presque pas d'odeur et ne détermine pas de renvois, — il ne provoque pas de douleur sur les muqueuses de l'estomac ou de l'intestin ; enfin, raisons majeures, son pouvoir toxique est plus faible que celui de la naphtaline et son pouvoir antiseptique plus fort.

Bouchard emploie le naphtol à la dose de 2 gr. 50, obtenant ainsi le même résultat qu'avec 5 grammes de naphtaline. Il le donne à dose

fractionnée — toutes les heures si la chose est possible — en 18 doses le plus souvent, dans du pain azyme mélangé, pour augmenter sa division, avec du sucre ou du salicylate de bismuth. Dans les cas moins sérieux, on peut le donner en 3 ou 4 fois dans les 24 heures. On peut aussi l'administrer en pilules ou en granules.

Quant aux résultats de l'administration du naphtol, ce sont les suivants :

Disparition totale de l'odeur des matières remplacée parfois par une légère odeur de marée ; modification de couleur, les matières prennent la couleur verte biliaire ; aucune sensation pénible, pas d'éructation, pas de dysurie, pas d'éruption, pas d'amaigrissement, jamais de cataracte ; donc pas de phénomène pathologique et antisepsie intestinale très suffisante. E. DESCHAMPS.

Le injezioni parenchimali nei tumori di milza da malaria, par de RENZI (*Rivista clinica e terapeutica, p.* 501, *octobre* 1887).

De Renzi a renoncé à ce mode de traitement qui n'a donné aucun succès aux divers médecins qui l'ont employé. De ses observations personnelles il résulte que le petit traumatisme déterminé par l'injection est loin d'être inoffensif, alors même qu'il est pratiqué avec les précautions antiseptiques les plus scrupuleuses. Il suffit à favoriser l'action nocive du virus malarique déposé dans la rate ; de fait, outre la réaction locale, il se développe un mouvement fébrile qui a tous les caractères de la fièvre paludéenne. L. GREFFIER.

Il timolo nella terapia del diabete (Le thymol dans la thérapeutique du diabète), par G. BUFALINI (*Annali Universali di Medicina*, 1887).

Le thymol très vanté par les uns, comme agent thérapeutique du diabète, considéré par d'autres comme dangereux, n'a en réalité aucune action sur la glycosurie et le diabète ; cependant Bufalini, chez deux diabétiques acétonémiques, a obtenu pendant et peu après l'emploi du thymol une grande amélioration des phénomènes acétonémiques : diminution de l'odeur de l'haleine, diminution de la quantité d'acétone dans l'urine, sensation de bien-être éprouvée par les malades. Cette efficacité du thymol démontre que la production de l'acétone a lieu en grande partie dans l'intestin. GEORGES THIBIERGE.

De la médication opiacée-belladonée dans le diabète sucré et la polyurie nerveuse, par SPILLMANN et P. PARISOT (*Rev. med. de l'Est*, 1er *juillet* 1887).

La médication opiacée-belladonée ne doit pas être employée indistinctement dans tous les cas de diabète sucré.

Si cette médication peut être utile dans les cas récents, elle est inefficace et même nuisible dans les cas déjà anciens.

Cette médication est formellement contre-indiquée dans les cas de lésion concomitante du rein, quel que soit l'antagonisme supposé de l'opium et de la belladone.

Dans la polyurie d'origine nerveuse, la médication opiacée-belladonée peut rester sans effet.

Dans ce cas, la polyurie reste tributaire des troubles de l'innervation

contre lesquels la médication opiacée-belladonée se sera montrée impuissante. P.

Sur une méthode de traitement de l'angine diphtérique, par E. GAUCHER (*Arch. de laryngol.*, 15 *décembre* 1887).

Gaucher, considérant l'angine comme l'accident primitif de la maladie et la source de l'infection de l'économie estime que c'est contre cette angine, ses progrès, que doit tendre tout traitement. Pour ce faire, Gaucher enlève les fausses membranes par un frottement énergique puis il cautérise toute la surface, ainsi râclée avec une solution concentrée d'acide phénique et de camphre dans l'alcool. Il faut répéter ces séances deux fois par jour et faire, dans l'intervalle, des irrigations à l'eau phéniquée à 1 0/0. Ce traitement est horriblement douloureux, mais il a donné à l'auteur 16 guérisons sur 16 cas, dont plusieurs des plus graves. A. CARTAZ.

Om nervtryckning (De la pression sur les nerfs), par A. WIDE (*Nord. Med. Ark.*, *n°* 10, 1887).

L'auteur recommande la pression sur les nerfs comme méthode de traitement des manifestations douloureuses apparaissant sur le trajet des nerfs, ainsi que du tremblement et de la paralysie.

Dans un cas, chez une femme de 20 ans, il guérit en onze jours un tremblement qui occupait les deux avant-bras. Wide ne dit pas quelle était la nature de ce tremblement. Dans un autre cas, chez un homme de 21 ans, il fit disparaître par le même procédé une crampe occupant la zone d'action du nerf accessoire. Enfin une fois, il rendit la contractilité aux muscles de l'avant-bras en exerçant une pression prolongée sur le nerf radial. Il s'agissait dans ce cas d'une paralysie avec atrophie consécutive à une luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce remontant à deux ans.

Presque toujours il associe la pression au massage, à l'électricité et à la gymnastique médicale. Elle doit se faire d'abord à l'aide des doigts, puis à l'aide d'un tourniquet à vis qu'il laisse en place de 1 à 2 heures, et dans quelques cas, de 8 à 10 heures par jour. C. GIRAUDEAU.

On hygrophila spinosa, par William JAYESINGHA (*Brit. med. j.*, *p.* 118 *juillet* 1887).

L'hygrophila spinosa est une plante de la famille des acanthacées, originaire de Ceylan, dont les différentes parties, racines, feuilles et fleurs, sont utilisées comme diurétiques. Dose quotidienne : 50 à 60 grammes de la plante sèche sont bouillies dans un litre d'eau que l'on fait prendre dans les 24 heures. L'auteur publie six observations dans lesquelles cette préparation a paru modifier très heureusement des hydropisies graves. H. R.

Collinsonia Canadensis, par John SHOEMAKER (*Brit. med. j.*, *p.* 712, *octobre* 1887).

Ce nouvel agent thérapeutique, est une plante commune en Amérique, qui renferme une huile essentielle aromatique. A petite dose, c'est un excitant diffusible : à haute dose, elle produit des sueurs, des nausées et des vomissements. L'auteur le regarde également comme sédatif et

antispasmodique, il l'a employé avec succès dans les cystites et dans les blennorragies chroniques, ainsi que dans la névralgie rectale, qui accompagne la constipation et les hémorroïdes, enfin dans le vaginisme et l'incontinence nocturne d'urine. Il le conseille comme sédatif dans la chorée, la coqueluche et l'angine granuleuse. Dose : 10 à 20 gouttes de teinture, répétées plusieurs fois par jour. H. R.

HYGIÈNE

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France, tome XVI (1886) (*Paris*, 1887).

Voici l'indication des sujets, offrant un intérêt général, contenus dans ce volume.

A. *Aliments.* — 1° Les falsifications du *beurre*, à l'aide de la margarine ou des produits similaires, ont fait l'objet d'un rapport de Brouardel et Pouchet, et depuis lors une loi a sanctionné les conclusions conformes du comité ;

2° La *coloration des dragées et fondants*, au moyen du violet de diméthylamine, dit *violet de Paris*, est permise, sur la proposition de Grimaux, contrairement à l'ordonnance de police du 21 mai 1885 ;

3° Les confiseurs vendent, sous le nom d'*allumettes de santé*, des bonbons qui ressemblent si bien aux allumettes chimiques que, même après avertissement, on peut s'y tromper. Les boîtes elles-mêmes sont de la forme et de la couleur des boîtes qui renferment les allumettes phosphoriques. Dubrisay considère que, donner aux enfants des bonbons sous cette forme, c'est indirectement les familiariser avec le maniement des allumettes véritables, et leur retirer la crainte salutaire qu'on s'était efforcé de leur inspirer. Se ralliant à cet avis, le comité pense que la vente des allumettes bonbons constitue un danger pour la santé publique et la sécurité générale ;

4° et 5° Sur les conclusions de Pouchet, le comité se prononce pour l'interdiction de la *coloration des vins à l'aide des dérivés sulfo-conjugués de la fuchsine* et pour la non-autorisation de l'emploi des *glucoses dans la fabrication des vins de raisins secs ;*

6° Le *traitement par le sulfate de cuivre des vignes atteintes de mildew* (blanc, peronospora viticola) est, d'après Brouardel, sans inconvénient pour la santé publique ;

7° Le *plâtrage des vins* est l'objet de quatre circulaires ministérielles, dont la dernière, en date du 10 octobre 1886, accorde un délai d'un an aux producteurs et négociants pour se conformer aux avis réitérés du comité.

B. Les ustensiles et jouets englobés sous le nom de *poterie d'étain* renferment, c'est Dubrisay qui s'en est assuré, au moins 40 0/0 de plomb, malgré toutes les défenses administratives. Si l'on réfléchit qu'il s'agit, ou bien d'objets en contact journalier avec des aliments ou des

boissons (plats, cuillers, fourchettes, timbales, biberons, embouchures de siphons à eau de Seltz, robinets, tuyaux de pompes à bière, brocs à vin, comptoirs de débit, mesures de capacité pour les liquides, entonnoirs, etc.), ou bien d'objets à l'usage des enfants (biberons, sifflets, trompettes, etc.), on comprendra que le comité consultatif ait prohibé l'emploi du zinc, fixé à 10 0/0 le titre unique d'alliage plombifère pour toute cette fabrication et proscrit d'une façon absolue les biberons en étain.

C. *Eaux potables.* — 1° Durant l'année 1886, le comité a eu à se prononcer sur les *projets d'amenées d'eau* de soixante-neuf localités, parmi lesquelles se trouvent les villes de Tarbes et de Poitiers. Le projet de Poitiers prévoit l'installation d'un champ d'épuration des eaux d'égout ;

2° Il résulte des expériences de Pouchet que les *conduites d'eau* potable formées par des tuyaux de fer soudés avec des tuyaux de plomb, sont encore plus dangereuses pour la santé publique que les canalisations exclusivement en plomb.

D. *Eaux minérales.* — Ce volume contient des notices de Jacquot et Willm sur les sources d'Ax, d'Audinac, d'Aulus et d'Ussat; un travail de Brachet sur les eaux minérales de la Turquie et de la Grèce; enfin, la liste des trente-cinq eaux minérales étrangères dont la vente est autorisée en France.

E. *Inondations.* — Il renferme également l'instruction sur les mesures à prendre pour l'assainissement des localités inondées.

F. *Cimetières.* — Intéressant rapport de Brouardel sur le projet de création d'un nouveau cimetière à Boulogne-sur-Seine.

G. L'*assainissement des villes* de Toulon et de Marseille a donné lieu à quatre rapports de Brouardel et de Du Mesnil.

H. *Bureaux municipaux d'hygiène.* — Les villes de France qui en possèdent sont Nancy, le Havre, Reims, Saint-Étienne, Amiens et Pau. O. du Mesnil en expose l'organisation et le fonctionnement. Depuis lors, la ville de Nice s'est dotée d'une institution semblable.

I. L'*étuve de désinfection* publique de Berlin a fait l'objet d'un travail de A.-J. Martin.

J. *Choléra.* — Rapports de Proust et de Charrin sur l'épidémie du Finistère (1885-1886), et compte rendu de Martin sur les mesures prises par le gouvernement italien pour combattre les épidémies cholériques de 1884 et 1885.

K. *Vaccine.* — Le 13 mars 1885, quarante-deux jeunes enfants sont vaccinés à Asprières (Aveyron); six meurent dès le lendemain ou le surlendemain et tous les autres sont plus ou moins malades. Chez tous, les accidents ont été identiques. Fièvre apparaissant de la quatrième à la dix-huitième heure après l'inoculation et durant de deux à quatre jours chez ceux qui ont guéri. Vomissements suivis de diarrhée ; convulsions chez quelques-uns. Ce ne sont ni les plus jeunes, ni uniquement les premiers vaccinés qui ont succombé. Les phénomènes locaux chez les enfants qui ont survécu ne ressemblent en rien à ceux d'une vaccination normale. Dès le premier jour, rougeur intense autour des piqûres ; le troisième jour, au plus tard, sécrétion séreuse ou séro-purulente; cicatrisation lente; éruption consécutive généralisée d'impetigo.

Brouardel a été chargé de faire un rapport médico-légal sur ces acci-

dents. Le vaccin original était un tube de vaccin animal envoyé de Paris le 16 février et utilisé le jour même. Il avait subi dès lors quatre transmissions successives de bras à bras. Mais dès la troisième (sinon même dès la deuxième) transmission, la vaccine n'avait pas suivi son évolution normale ; les vaccinifères ont eu une éruption et une fièvre précoces permettant de croire à des générations successives de fausse vaccine, et la série des accidents a été s'aggravant toujours ; en outre, pour la quatrième transmission, on a choisi des pustules ouvertes déjà la veille.

Il est évident qu'il s'agit ici d'une fausse vaccine compliquée de septicémie aiguë, mais la cause de cette dernière reste inconnue. La lancette semble innocente. L'hypothèse d'une infection par inoculation d'un liquide altéré, développé dans les pustules de la vaccinifère de la cinquième transmission n'est pas impossible ; on aurait alors des accidents comparables à ceux de la piqûre anatomique, mais on ne saurait invoquer des cas analogues en faveur de cette idée. D'autre part, l'hypothèse d'un germe septique cultivé pendant une série d'inoculations successives ne trouve, elle aussi, aucune preuve directe dans la pathologie humaine ; mais on peut invoquer en sa faveur les expériences de Coze et Feltz sur le ferment putride et celles de Davaine sur le sang putréfié.

L. *Statistique médicale.* — Instructions de J. Bertillon destinées à assurer l'uniformité des bulletins mensuels de statistique sanitaire des villes de France.

M. *Police médicale.* — Trois rapports de Brouardel, Martin et Regnauld sont consacrés à des projets de revision des lois du 19 ventôse an XI sur l'exercice de la médecine, et du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie. J. B.

Résolutions du VIe congrès international d'hygiène tenu à Vienne en 1887 (*Revue d'hygiène et police sanitaire, IX, octobre* 1887).

Voici en résumé, les principales résolutions du Congrès :

1° *Désinfection.* — Il est à désirer : que, dans chaque pays, une loi rende la désinfection obligatoire, dans certaines maladies ; qu'un personnel compétent et le matériel nécessaire, soient mis par les autorités locales à la disposition des populations, et que l'opération soit gratuite au moins pour les indigents ; que la tuberculose soit rangée dans la catégorie des maladies, pour lesquelles, la désinfection est absolument obligatoire ; que l'on se mette d'accord sur un nombre aussi restreint que possible, des moyens à recommander pour la désinfection. En tête de ces moyens, il faut ranger : l'ébullition dans l'eau, la vapeur d'eau à au moins 100°, le sublimé à 1 0/0, acide phénique à 5 0/0 près, ou additionné d'acide chlorhydrique ou d'acide tartrique. Les fumigations en général, et les fumigations sulfureuses en particulier, doivent être abandonnées dans la pratique de la désinfection.

2° *Isolement hospitalier.* — Les mesures relatives à l'isolement, pour l'exécution desquelles, l'obligation bien organisée de la déclaration, est une condition indispensable, sont absolument nécessaires, pour combattre les épidémies et les maladies contagieuses, dangereuses. Il est du droit de l'Etat et des administrations communales, d'établir respectivement et d'une manière efficace, l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, et, selon les besoins, de le faire d'autorité.

Outre les pavillons d'isolement des hôpitaux généraux, les grandes villes doivent avoir des hôpitaux pour épidémies, proportionnés au chiffre de leur population, et aux circonstances locales, et répondant aux exigences de l'hygiène. Même les petites localités, les communes formées de plusieurs villages, ne doivent pas être privées de petits bâtiments affectés à l'isolement. Les hôpitaux d'isolement peuvent être placés, hors des grandes villes, sans en être cependant trop éloignés. Dans tous les cas, ils doivent être séparés des habitations voisines, par des jardins ou de larges rues. Dans les grandes villes, il est nécessaire d'avoir des établissements aménagés, pour les malades payants, qui ont été isolés, par mesure de police sanitaire. Le transport des malades atteints d'affections contagieuses, doit être réglé et fixé, conformément aux exigences de l'hygiène.

3° *Inspection médicale des écoles.* — Il y a un intérêt sérieux pour l'État, comme pour les familles, à assurer une participation permanente de médecins compétents à l'administration des écoles. Le but de cette participation est de soustraire les élèves aux influences pernicieuses de la fréquentation de l'école et de l'enseignement, et de favoriser, dans les écoles, une activité physique et des exercices corporels utiles à la santé des élèves. Les moyens à employer pour atteindre ce résultat consistent surtout, dans l'inspection périodique des écoles, faite avec leur directeur, surtout pendant les heures de classe, et dans les rapports consécutifs à cette inspection. Il est avant tout nécessaire, que toutes les écoles privées ou publiques, y compris, les écoles maternelles et les asiles, soient soumises préalablement à une revision sanitaire officielle, à la suite de laquelle, il sera remédié, dans le plus bref délai, aux défectuosités constatées. Un médecin fera nécessairement partie, avec voix délibérative, de toute commission scolaire.

4° *Enseignement de l'hygiène dans les écoles.* — Il est du devoir de l'Etat, de préparer les populations à coopérer à l'hygiène publique, en les initiant à la connaissance des règles fondamentales de cette science. Il faut introduire dans les écoles primaires des deux sexes, un enseignement élémentaire, ayant trait à la structure et aux fonctions du corps humain, ainsi qu'aux conditions essentielles de la conservation de la santé. Cet enseignement indispensable, surtout aux filles, portera notamment sur les conditions de la salubrité de l'habitation, et sur les soins que réclament l'alimentation et la propreté corporelle. Un enseignement spécial de l'hygiène sera donné dans les écoles professionnelles et industrielles, ainsi que dans les écoles supérieures de filles, dans les collèges, dans les séminaires et les facultés de théologie, dans les écoles normales, dans les écoles d'ingénieurs et d'architectes. Il est nécessaire d'instituer des cours spéciaux d'hygiène expérimentale et appliquée, par les médecins qui veulent devenir fonctionnaires de la médecine publique.

5° *Remèdes secrets.* — Les gouvernements sont requis de promulguer des lois, qui interdisent absolument l'annonce, la vente ou l'essai gratuit des remèdes secrets.

6° *Eaux potables et maladies infectieuses.* — Étant prouvée la possibilité de propagation des maladies infectieuses par l'eau potable contaminée, l'une des plus importantes prescriptions de l'hygiène pu-

blique, doit être de fournir de l'eau absolument pure, aux populations.

7° *Prophylaxie internationale des maladies pestilentielles.* — Il est désirable qu'il soit fait, entre les différents États, une convention internationale contre le choléra, la fièvre jaune et la peste, reposant sur les bases suivantes : déclaration obligatoire de tous les cas de ces maladies ; création, au centre de l'Europe, dans un pays reculé, d'un bureau d'informations qui recevra télégraphiquement l'avis des premiers cas de ces maladies et des renseignements périodiques sur la marche des épidémies ; le bureau transmettra immédiatement les renseignements aux États contractants. La convention insistera sur la nécessité de l'assainissement des ports, et des différents centres de communication (éloignement rapide des immondices, bons systèmes d'égouts, eaux potables irréprochables, etc.). Les États contractants s'efforceront d'empêcher l'embarquement des personnes suspectes de maladies infectieuses, ou des marchandises et effets contaminés. Les navires partant de foyers épidémiques devront être pourvus des moyens d'assurer, pendant la traversée, l'isolement des malades et la désinfection. A l'arrivée, dans un port, d'un navire venant d'un foyer épidémique ou endémique, une inspection sanitaire est obligatoire. Quand il y aura des cas de choléra à bord, les malades seront immédiatement débarqués et isolés. Les suspects seront gardés en observation jusqu'à ce que le diagnostic se soit affirmé. Le navire sera tenu en observation le temps nécessaire pour en assurer la désinfection, et pour donner la certitude qu'il n'existe plus à bord de foyer de contagion. Il sera établi, avant l'entrée dans le canal de Suez, une surveillance sanitaire internationale, au moyen d'agents désignés par le conseil sanitaire international d'Alexandrie réorganisé, ayant le droit d'imposer les mesures nécesaires à la sécurité de l'Europe.

8° *Désinfection des chiffons.* — La désinfection des linges et vieux vêtements souillés par des maladies contagieuses doit être déclarée obligatoire. Les chiffons et rebuts des matériaux de pansement dans les hôpitaux doivent être détruits. Les balles de chiffons ne pourront circuler qu'à la condition d'être comprimées et cerclées sur une enveloppe en toile solide désinfectée. En temps d'épidémie, l'exportation des chiffons doit être interdite dans les pays foyers d'infection. On interdira l'importation des chiffons provenant des pays qui ne mettent pas ces mesures en pratique.

9° *Allumettes chimiques.* — Leur fabrication ne doit être faite qu'à l'aide du phosphore amorphe.

10° *Vaccination.* — Elle doit devenir obligatoire dans tous les pays.

11° *Chemins de fer.* — Les plans de gares et autres bâtiments doivent être soumis à un hygiéniste. Les wagons doivent être chauffés par des poêles et éclairés par l'électricité. Il ne doit pas être permis de transporter des malles dans les wagons destinés au public, et chaque Compagnie doit posséder un nombre suffisant de wagons spéciaux pour le transport des malades et des blessés. Toute station de chemins de fer doit être approvisionnée en glace et appareils de sauvetage. Les employés de chemins de fer ne devront pas être surchargés de travail, afin d'éviter des accidents ; chacun d'eux doit avoir, par an, droit à un congé de 2 semaines.

12° *Conduite d'eau potable.* — L'emploi des conduites de plomb doit être interdite pour l'amenée des eaux destinées à la consommation.

13° *Coloration des comestibles à l'aide des dérivés de la houille.* — Il y a lieu de faire une enquête internationale sur la question de savoir quels produits dérivés de la houille sont utiles ou nuisibles pour la coloration des substances alimentaires.

14° *Répression de l'alcoolisme.* — L'État doit contrôler la qualité des eaux-de-vie, avant leur mise dans le commerce. Il doit supprimer les impôts des boissons hygiéniques, comme le vin et la bière, pour concentrer toutes les charges fiscales sur les liqueurs alcooliques proprement dites. J. B.

Rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine depuis 1881 jusqu'en 1883, par Ch. PATIN (*Paris* 1886 *et Rev. d'hyg. et police sanit., IX,* 594).

Inspection sanitaire des garnis. — Le conseil municipal ayant voté la création d'un service spécial pour la visite des logements en garni, un arrêté du préfet de police, en date du 20 juillet 1883, en charge 5 inspecteurs titulaires et 4 suppléants. En outre, une ordonnance de police, du 20 octobre 1883, fait connaître aux logeurs les devoirs qui leur incombent.

Chauffage des voitures de place par les briquettes.— D'après A. Gautier, une briquette, pendant une demi-heure, dégage 6 litres d'oxyde de carbone dans la faible capacité d'une voiture fermée. On a constaté la mort d'un cocher qui avait voulu chauffer ainsi sa chambre, cubant 16 mètres.

Battage des tapis. — Pour cette industrie qui a pris une grande extension, le conseil a fixé les conditions d'autorisation suivantes : Éloignement des habitations ; clôture des ateliers avec des toiles métalliques à mailles de 1 millimètre pour retenir les poussières ; lavages journaliers avec de l'eau chlorurée des parois, des toiles métalliques et du sol des ateliers ; envoi souterrain des eaux sales à l'égout.

Fabriques et ateliers d'ouvraison de celluloïde, lithoxyle, opaline, etc. — La fabrication de toutes ces matières plastiques, à base de cellulose nitrée, a pris, en ces dernières années, une importance considérable. Du Souich a étudié cette industrie, dont les principaux dangers sont ceux d'incendie et de dégagement des vapeurs nitreuses. J. B.

I. — Die œffentlichen Impfungen im Kreise Heilsberg im Jahre 1886, ausgeführt mit animaler Lymphe (Statistique des inoculations publiques pratiquées avec le vaccin animal en 1886 dans le cercle d'Heilsberg), par MEYER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. XLVI,* 372, *avril* 1887).

II. — Die allgemeine Durchführung der animalen Impfung in Würtemberg (Généralisation de la vaccine animale en Wurtemberg), par S. REMBOLD (*Ibidem, XLVII, p.* 311, *octobre* 1887).

III. — La variole à Paris et la création d'un institut vaccinal public, par O. du MESNIL (*Annales d'hyg. publiq., XVIII,* 32 *et* 225, *juillet et septembre* 1887).

I. —En 1886, Meyer a inoculé 3,149 enfants avec le vaccin animal. 1,867

d'entre eux étaient vaccinés pour la première fois; chez 6 seulement l'opération a été infructueuse (pour 2, c'était la première fois; pour 2 autres, la seconde, et pour les 2 derniers, la troisième fois); en somme, cela fait une proportion de 99,7 0/0 de succès quant aux *individus*, contre une proportion de 97,4 dans l'année précédente. Il a pratiqué chez ces 1,867 enfants 13,195 incisions, dont 12,385 ont donné lieu à des pustules légitimes, soit 93,9 0/0 de succès quant aux *incisions*.

D'autre part, il a revacciné 1,282 enfants dont 1,222 avec succès et 60 sans résultat (44 pour la première fois, 13 pour la deuxième et 3 pour la troisième fois); soit en somme, une proportion de 95,3 0/0 de succès quant aux *individus*, proportion identique à celle de l'année précédente.

Il a fait à ces 1,282 enfants 8,937 incisions, dont 7,407, soit 82,2 0/0, ont donné lieu à un résultat.

5 veaux lui ont suffi largement pour toutes ces inoculations pratiquées dans 143 localités différentes. L'époque la plus favorable pour la récolte du vaccin est 4 1/2 jours. (*R. S. M.*, XXVII, 108.) J. B.

II. — Le gouvernement wurtembergeois avait prescrit, à titre d'essai, pendant l'année 1886, la généralisation de l'emploi de la lymphe animale pour les vaccinations faites par ses deux instituts de Stuttgart et de Canstatt. Sur un total de 96,000 enfants, 93,508 ont été inoculés avec le vaccin animal, avec une proportion de 96,75 0/0, succès individuels ou personnels, pour l'ensemble des vaccinations et revaccinations qui sont à peu près en nombre égal.

Les succès individuels se sont élevés à 98,7 0/0 chez les vaccinés et à 94,79 0/0 chez les revaccinés, soit des chiffres très analogues à ceux qu'on obtenait précédemment avec la lymphe humanisée. Les résultats n'ont pas été moins favorables, si l'on envisage le nombre des piqûres fructueuses; il a été de 85 0/0 dans les vaccinations et de 68 0/0 dans les revaccinations. En 1885, la vaccination de bras à bras, en Bavière, a donné de 80 à 86 0/0 de piqûres fructueuses. La lymphe de l'Institut de Canstatt, plus concentrée que celle de Stuttgart, fournit un peu plus de succès chez les revaccinés, et produit une auréole inflammatoire plus étendue autour des pustules.

Le vaccin a été recueilli sur 62 animaux; mais celui de 2 d'entre eux a été rejeté, l'autopsie ayant révélé un état de santé suspect. Les 60 animaux restants se partagent par moitié entre les deux établissements de l'État : chacun des 30 de Stuttgart a donné la lymphe nécessaire à 2,000 vaccinations contre 1,000 seulement à Canstatt.

En ne tenant pas compte des émoluments des médecins-directeurs des deux Instituts, mais en comprenant tous les autres frais, même ceux des vétérinaires, chaque vaccination animale est revenue 3 centimes à l'État, qui s'est empressé de rendre obligatoire, pour 1887, l'emploi de la lymphe animale.

Comme vaccinifères, on a recours en Wurtemberg à des animaux plus âgés que ne le prescrit la commission d'Empire pour la vaccine. On choisit des veaux mâles de 6 à 15 mois. On les inocule sur la peau du scrotum et de la région voisine au moyen d'incisions, non quadrillées, qui ont 3 ou 4 centimètres de long à Canstatt, tandis qu'à Stuttgart elles s'étendent sur toute la longueur des bourses.

Le procédé de Stuttgart a l'avantage d'abréger notablement le temps

nécessaire à la récolte du vaccin. D'un coup de spatule, on enlève en effet toute la traînée pustuleuse, dont la maturation est en outre plus égale qu'en cas de petites incisions. Il n'y a pas d'époque fixée à l'avance pour recueillir ce vaccin; on se guide d'après l'état de maturité des pustules. La matière de la base des pustules est émulsionnée soigneusement avec de la glycérine, puis aspirée dans des tubes capillaires.

Chaque printemps, à la réouverture des deux Instituts de vaccin, les premiers veaux sont inoculés avec la lymphe animale ainsi conservée durant l'hiver. J. B.

III. — Dans les vingt dernières années (1867-1886), la variole a causé à Paris 22,076 décès. Les années où la mortalité variolique a été la plus forte sont 1870 (10,549 décès), 1871 (2,777) et 1880 (2,254). Du Mesnil montre que les épidémies parisiennes de variole coïncident toujours (en dehors des années de la guerre) avec l'afflux des ouvriers du dehors; c'est ainsi que durant les 4 ans de grands travaux qui ont suivi l'Exposition universelle de 1878 on a compté 5,115 décès dus à à la variole, tandis que dans les 4 ans ultérieurs il n'y en a plus eu que 935, parce que les ouvriers, manquant de travail, ont regagné leur pays d'origine. Du Mesnil en conclut à la nécessité de vacciner d'office tous les ouvriers employés sur les chantiers de l'Exposition de 1889. Cette proposition a été acceptée par le conseil de salubrité de la Seine et par le comité consultatif d'hygiène de France. Mais elle ne peut passer dans la pratique qu'à la condition de disposer d'une source constante et abondante de vaccin irréprochable, qu'on ne peut obtenir que dans des Instituts vaccinaux bien organisés, tels que ceux de Bruxelles, de Bordeaux ou de Lyon.

Voici les résultats donnés par l'office vaccinogène central de Bruxelles, réorganisé en 1882 (*R. S. M.*, XXII, 110) :

	1883			1884			1885		
Vaccinations.	36,939	succès	95,75 0/0	38,468	succès	96,16 0/0	44,810	succès	96,39 0/0
Revaccinat...	17,640	—	44,55	21,731	—	47,55	19,824	—	53,62

Le nombre moyen des veaux inoculés a été de 127 et le chiffre moyen des dépenses annuelles de 18,428 francs.

Le bureau municipal de vaccine de Bordeaux, au 31 décembre 1885, avait effectué depuis son origine (fin de 1881) 32,000 vaccinations ou revaccinations avec 91 0/0 de succès pour les premières vaccinations, 42 0/0 pour les revaccinations sur la population civile et 55 0/0 sur la population militaire.

L'utilité de ce service pour le port de Bordeaux, centre d'arrivages incessants d'individus non vaccinés, ressort des chiffres suivants : tandis que dans les 5 années antérieures à la création de ce service Bordeaux a eu 1,124 décès par variole, il n'en a plus eu que 246 dans les 5 années qui ont suivi.

A Lyon, le service de vaccination fonctionne depuis le 1er janvier 1883. En 1885, les succès des vaccinations ont été de 90,7 0/0, et ceux des revaccinations de 45 0/0. Depuis l'installation de ce service, le nombre des morts causées par la variole, qui, depuis 1878, était en moyenne de 100 par année à Lyon, est descendu à 4 en 1885 et à 14 en 1886.

Le conseil municipal de Paris vient de décider la création de 2 hôpi-

taux spéciaux pour varioleux, à Bobigny et à Montrouge. Du Mesnil estime qu'un Institut municipal de vaccinations gratuites rendrait, dans un avenir très prochain, ces hôpitaux inutiles, avec une dépense atteignant à peine au cinquième des intérêts de la somme qui sera nécessaire seulement pour leur construction. J. B.

Étiologie de la diphtérie. Transmission par les poussières, fumiers, chiffons. Rôle de la volaille préalablement infectée, par J. TEISSIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 6 *juin* 1887).

La ville de Lyon présente, pour l'étude de la propagation de la diphtérie, un terrain spécialement favorable, car cette maladie y est neuve, en quelque sorte, bien qu'en progrès régulier; et les décès qu'elle y occasionne sont encore assez clairsemés pour que chaque cas puisse être rigoureusement analysé et les causes apparentes de l'éclosion du mal suffisamment isolées. Dans ces conditions, l'auteur a pu se convaincre que la diphtérie, essentiellement infectieuse, est transmise par l'intermédiaire des poussières atmosphériques émanées des fumiers, dépôts de chiffons ou de paille. Mais pour transmettre la diphtérie ces milieux doivent avoir été préalablement ensemencés. Ce sont les volailles, poules et pigeons, susceptibles de contracter la diphtérie qui sont très probablement les agents de cet ensemencement. En effet, les exemples de transmission de la volaille à l'homme sont indiscutables, et dans la plupart des cas qu'il a observés l'auteur a pu remonter à la maladie de la volaille. L'humidité de l'air paraît être une condition très favorable à la pullulation des germes de la diphtérie et à leur dissémination. M. D.

La mort par l'électricité dans l'industrie; ses mécanismes physiologiques; moyens préservateurs, par A. D'ARSONVAL (*Compt. rend. Acad. des sciences* 4 *avril* 1887).

L'électricité entraîne la mort de deux façons : par action directe (effets disruptifs de la décharge agissant mécaniquement pour altérer les tissus), ou par action réflexe, ou indirecte (en agissant sur les centres nerveux et amenant l'infinie variété des effets dits d'inhibition). Dans le premier cas, la mort est fatale et définitive; dans le second, on peut le plus souvent ramener à la vie par la respiration artificielle immédiate. Dans les conditions réalisées ordinairement dans l'industrie, le courant tue par action réflexe, et c'est pourquoi l'auteur a presque toujours pu ramener à la vie les animaux foudroyés dans ces conditions. La conclusion pratique est que, dans une usine électrique, il faut pouvoir pratiquer immédiatement la respiration artificielle sur tout individu foudroyé. M. DUVAL.

Sur une épidémie d'intoxication saturnine causée par des farines, par BERTRAND et OGIER (*Annales d'hyg. publ.*, *XIX*, 68, *janvier* 1888).

L'emploi de godets en tôle plombée, dans les élévateurs qui servent à amener les farines des meules aux blutoirs, peut être la cause d'intoxications saturnines graves. Dans le cas actuel, c'est principalement sous la forme de sulfure que le plomb a passé dans la farine; cette sulfuration a sans doute eu pour cause la présence dans les farines de parcelles de soufre provenant de l'obturation des fissures des meules. J. B.

De l'argyrie locale des ouvriers en argenterie, par LEWIN (*Annales de Dermatologie, fasc.* 8-9, 1887).

Les taches argyriques ne surviennent que chez les ouvriers qui emploient des instruments coupants, scie, tour, burin, etc... les taches sont à peu près indélébiles et siègent surtout sur les mains. L'examen microscopique du derme montre des traînées ramifiées et anastomosées, formées de grains d'argent. Suivant l'auteur, ces grains se déposent dans l'intérieur des fibres élastiques et suivent en tous cas leur direction ; ces grains mettent en évidence dans les papilles des fibres élastiques fines que l'on ne distingue pas d'ordinaire. Il pense que les grains d'argent métallique se transforment en un sel d'argent, chlorure ou albuminate, dont la réduction produit les petits grains qui se déposent dans le derme.

F. BALZER.

Changes produced by pressure, etc. (Des changements produits par pression dans le squelette du tronc et de la ceinture de l'épaule), par W. Arbuthnot LANE (*Guy's hospital reports, vol.* 43, *p.* 321, 1886).

On observe des changements de la colonne vertébrale chez les ouvriers qui portent de lourds fardeaux soit sur l'épaule, soit sur le dos, soit sur la tête.

Un homme porte un fardeau sur l'épaule droite ; l'épine vertébrale forme une convexité à droite, avec sommet saillant à la 7e vertèbre dorsale, sans courbure latérale de la région lombaire : le côté droit de la poitrine est porté en arrière, et lorsque la difformité s'est définitivement établie, on trouve à l'autopsie les corps des vertèbres plus courbés que les apophyses épineuses.

L'action exercée par les côtes est à bien remarquer : lorsque le fardeau est sur l'épaule, la poitrine est placée en oblique, le côté droit en arrière, le gauche en avant, d'où rotation des côtes autour des vertèbres, les côtes attachées aux corps et aux apophyses de la concavité se portant en avant, celles de la convexité en arrière. Mais la pression, soit directe sur les côtes supérieures, soit indirecte transmise par la clavicule, le sternum, les deux premiers arcs costaux, repousse ces côtes en bas et en avant. Elles agissent comme leviers sur les corps et les apophyses des vertèbres qui leur donnent articulation, les font tourner à gauche, produisant une petite courbe secondaire convexe à gauche, ce qui dissimule la difformité de la poitrine chez le vivant.

Les corps des 6e, 7e et 8e dorsales sont altérés, denses, écrasés à gauche, et offrent parfois à la coupe un aspect triangulaire. La colonne lombaire est redressée, et dans les cas extrêmes le corps de la 5e lombaire est déplacé en arrière. Ceci indique que le centre de gravité tombe en arrière de son point normal, et qu'une partie du poids est transmise anormalement par les apophyses épineuses, les lames et les apophyses articulaires, très élargies et déformées.

Chez les ouvriers qui portent des fardeaux sur la tête, la colonne subit des incurvations qui diminuent le travail musculaire, et rendent le fardeau moins mobile. Les surfaces de l'occiput et de l'atlas s'altèrent, s'élargissent et se soudent : d'autres vertèbres cervicales peuvent se souder (très rarement l'atlas et l'axis), les corps s'aplatissent d'un côté

— le gauche de préférence — et il s'établit une courbure convexe à droite : deux courbures de compensation s'établissent l'une dans la région dorsale, convexe à gauche, l'autre dans la région dorsale inférieure et lombaire supérieure, dirigée à droite.

L'auteur étudie ensuite les lésions existant chez les ouvriers qui portent de lourds sacs de charbon sur le derrière de la tête, le cou, le dos et les lombes; ici le mécanisme est très complexe, et ne peut être résumé ; disons seulement qu'on observe en général déformation des articulations occipito-atloïdiennes, aplatissement de la partie antérieure et souvent fusion des corps vertébraux (5e et 6e) avec productions ostéophysiques dans l'intérieur du canal rachidien ; la colonne dorsale est redressée dans ses 2/3 supérieurs, très convexe dans son tiers inférieur, formant ainsi un angle qui résulte de la destruction partielle par compression des corps des 10e, 11e et 12e dorsales, et de toutes les lombaires. La 5e lombaire tend à se déplacer en avant sur le sacrum.

Pour l'auteur, en tous ces cas, l'action de la pesanteur seule, agissant sur les extrémités osseuses, en altère la forme, use le cartilage, conduit aux soudures, tous accidents considérés trop souvent et à tort comme dus à l'arthrite déformante.

Signalons dans le même ordre d'idées une étude sur les chargements de la colonne vertébrale dus aux pressions exercées dans le corps lui-même : dus à la contraction du sterno-mastoïdien, à la rétraction de la cavité pleurale dans les anciens empyèmes ; les modifications du squelette du tronc par les altérations en longueur d'une des deux extrémités.

Font suite des aperçus anatomiques sur la forme de la poitrine dans les deux sexes, la description de la poitrine « type » de l'homme, quelques notes sur l'asymétrie de thorax, le développement du sternum, la longueur relative des côtes, l'influence exercée sur la situation des côtes et du sternum par la flexion ou l'extension de la colonne spinale, les fonctions de la clavicule et ses mouvements.

Ce mémoire se termine par une étude des effets de l'application d'une force soudaine sur la ceinture osseuse de l'épaule. Or, les faits présentés ici sont la plupart des résultats expérimentaux : ils ont surtout pour objet les fractures de la clavicule et le déplacement des fragments, selon le point atteint ; les fractures du sternum, isolées ou associées à la fracture du premier cartilage costal; et enfin les fractures de la première côte ou du premier cartilage costal seul. MAUBRAC.

Les couleurs de la houille et la revision des listes légales des colorants nuisibles et non nuisibles, par P. CAZENEUVE (*Annales d'hyg. publ., XVIII*, 5, *juillet* 1887).

Sur les rapports de Wurtz (1880 et 1881), le comité consultatif d'hygiène a écarté de la liste des colorants non nuisibles toutes les couleurs dérivées de la houille, l'expérience ne s'étant pas encore prononcée sur leur innocuité. Mais les industriels ont passé outre à cette défense. Depuis 10 ans, les liqueurs sont fréquemment colorées avec les dérivés de la houille, et il existe une sorte de tolérance administrative à l'endroit de cette pratique, qui n'a donné lieu jusqu'ici à aucun accident. En effet, 4 ou 5 grammes de matière colorante suffisent pour teindre 100 kilogrammes de liqueur. Mais lors même que ces couleurs sont consommées

à des doses infinitésimales, elles ne doivent pas s'introduire dans l'alimentation, à une dose quelconque, si elles sont nuisibles.

Pour élucider la question, Cazeneuve, Lépine et Arloing ont entrepris une série d'expériences sur l'action des couleurs de la houille les plus usuelles. Les résultats de ces expériences portent Cazeneuve à proposer d'ajouter à la liste officielle des colorants non nuisibles 11 couleurs qu'il énumère, et qui sont généralement des dérivés sulfo-conjugués sodiques.

En revanche, il proscrit les dérivés nitrés, comme le binitronaphtol, et rejette aussi le bleu de méthylène. Il conclut :

1° Les couleurs destinées aux denrées alimentaires devront être vendues sous le cachet du fabricant, qui sera responsable de la qualité et de la nature des produits colorants ; elles devront être dénommées par une appellation connue et non par un nom de fantaisie ;

2° Les couleurs devront toujours être pures, exemptes de sulfate de soude et autres matières étrangères, même non nuisibles ;

3° Le vin, le vinaigre, la bière et le beurre ne doivent jamais être colorés artificiellement. J. B.

Sulla inguinabilità delle acque nei tubi di terracotta (Expériences sur l'infection des eaux conduites dans des tuyaux de poterie), par A. RUSSO-GILIBERTI et G. BRANCALEONE (*Palerme*, 1887).

La ville de Palerme, récemment encore visitée par le choléra, a des conduites d'eau potable, partie en fer, partie en poterie. Les conduites en poterie sont très vieilles. Les hygiénistes locaux et les autorités municipales ont souvent agité la question de savoir si ces tuyaux en terre cuite n'étaient pas exposés à des infiltrations lorsqu'ils se trouvent au voisinage des égouts. Bien qu'à première réflexion la haute pression à laquelle l'eau est soumise à l'intérieur des conduites rende le fait peu probable, Russo-Giliberti et Brancaleone ont institué quelques expériences sur ce point. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés :

Les substances tenues en dissolution dans l'eau peuvent passer de l'extérieur à l'intérieur des conduites de poterie quand la pression du liquide extérieur est supérieure ou égale à la pression à l'intérieur des conduites ; ce passage est d'autant plus rapide que l'excès de pression extérieur est plus considérable.

Quant aux éléments figurés (micro-organismes), ils ne pénètrent pas à travers les parois du tuyau de poterie, alors même que la pression du liquide extérieur dépasse de 86 millimètres de mercure celle du liquide contenu dans la poterie. Cela est vrai pour tous les éléments figurés qui ont un diamètre égal ou supérieur à celui du microcoque *prodigieux* qui a servi aux expériences. La question reste réservée pour les éléments figurés plus petits et pour des différences de pression plus considérables.

Vu leur diffusibilité, les gaz dissous dans l'eau pénètrent encore plus facilement à travers les tuyaux d'argile. J. B.

Ueber Conservirung durch Borsäure (Des poissons conservés à l'acide borique) par Oscar LIEBREICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33, *p.* 605, 15 *août* 1887).

En Norvège, on conserve le poisson de mer à l'aide d'une solution faible d'acide borique et d'une pression de 6 atmosphères. En mer, au

fur et à mesure de leur capture, les poissons sont placés dans des tonnes en fer contenant le liquide conservateur. La tonne une fois hermétiquement fermée, on y foule le liquide avec une pompe à bras, par un orifice muni d'une soupape. Dès que le manomètre indique qu'on a atteint la pression voulue, on ferme aussi l'orifice.

Les poissons ainsi conservés sont peut-être un peu plus durs que ceux traités par la glace.

Stein a calculé que chaque kilo de chair de poisson contient environ 2 grammes d'acide borique dont les trois quarts lui sont soustraits par la coction dans l'eau.

Liebreich en conclut à l'innocuité parfaite de ce mode de conservation, d'autant plus que, même à hautes doses, ni l'acide borique ni le borax n'ont jamais causé d'empoisonnement. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, par BOUCHARD, recueillies et publiées par P. LE GENDRE (*In*-8°, *Paris* 1887).

Le bel ouvrage de Bouchard est de ceux qui montrent le mieux combien se transforme et s'agrandit l'horizon de notre science contemporaine; il fera époque dans l'histoire des doctrines médicales.

Bien que la trame serrée de ces leçons se prête peu à une analyse forcément trop sommaire, en voici cependant quelques-uns des points principaux.

L'intoxication, lorsqu'elle agit primitivement, constitue l'un des grands processus pathogéniques; mais les autres processus, aussi bien les troubles préalables de la nutrition que les réactions nerveuses et l'infection, peuvent aussi agir secondairement par intoxication.

Que le poison vienne du dehors, ou qu'il soit fabriqué dans l'organisme par une perversion nutritive ou par la sécrétion d'un microbe, ce poison est une matière anormale comme nature ou comme quantité. Mais il existe des poisons normaux. L'homme sain est un réceptacle et un laboratoire de poisons; il en reçoit par les aliments, il en fabrique par sa désassimilation, il en forme par ses sécrétions, il en élabore même par les microbes normaux de son tube digestif.

Contre cet empoisonnement continu, l'homme est protégé à la fois par l'action d'arrêt que le foie exerce sur les substances toxiques puisées dans l'intestin par la veine porte et par le jeu des émonctoires, qui expulsent les poisons qui sont en circulation.

Suit toute l'histoire expérimentale de la toxicité des urines normales et pathologiques, des plasmas, de la bile, des produits putrides d'origine intestinale.

De ces notions découle, comme corollaire, la preuve de l'origine toxique de l'urémie. L'urine des urémiques n'est pas toxique, parce que toutes les substances toxiques que l'urine élimine normalement se trou-

vent retenues dans l'organisme de ces malades. La multiplicité des agents toxiques permet de comprendre, suivant que prédomine tel ou tel d'entre eux, les formes cliniques multiples que peut revêtir l'urémie.

Vient ensuite la description des intoxications d'origine intestinale, d'origine gastrique, d'origine biliaire ; des intoxications secondaires dans les maladies infectieuses et, en particulier, dans la fièvre typhoïde et le choléra.

Dans chacun de ces chapitres, preuves expérimentales, applications cliniques, conclusions thérapeutiques s'enchaînent et se prêtent un mutuel appui. L'œuvre a ainsi son unité parfaite, doctrinale et pratique; elle est de celles que tout médecin instruit a dû lire et méditer.

A. CHAUFFARD.

I. — Ueber die Ætiologie und die Incubation fibrinöser Lungenentzündungen (Étiologie et incubation des pneumonies fibrineuses), par R. CASPAR (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 529, *juillet* 1887).

II. — Beiträge zu Lehre von der croupösen Pneumonie, par W. MÖLLMANN (*Ibidem*, *p.* 729, *septembre* 1887).

III. — Die Ursache der Brusteuche der Pferde (Étiologie de la pneumonie contagieuse du cheval), par SCHUTZ (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVII, Heft* 2, *p.* 356).

IV. — Zur Kenntniss des Bacillus pneumonicus agilis (Schon) (Étude sur le bacille pneumonique de Schon), par H. NEUMANN (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *XIII*, *p.* 73).

V. — Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques et spécialement sur le pneumotyphus et la pneumomalaria, par GRASSET (*Montpellier méd.*, *janvier* 1887).

VI. — Pneumonie parasitaire furonculeuse, par CHAMBARD (*Progrès médical*, *juillet-août* 1887).

VII. — Beiträge zur Casuistik des Lungenbrandes (Gangrène pulmonaire), par P. HENSEL (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *Band XLI*, *Heft* 3, *p.* 185).

VIII. — Fall von primären Sarcom der rechten Lunge (Sarcome primitif du poumon droit), par KRÖNIG (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 964, *décembre* 1887).

I. — L'observation de 204 cas de pneumonie franche, survenant sous forme épidémique, a amené Caspar aux conclusions suivantes :

1° La pneumonie franche est une maladie infectieuse ;

2° Elle est contagieuse ;

3° Sa période d'incubation est vraisemblablement de quatre jours ;

4° Son apparition et sa propagation sont favorisées par une température basse, par l'humidité absolue de l'air et par les vents forts. J. B.

II. — 944 cas de pneumonie observés dans les campagnes, durant une période de seize ans, forment la base du travail de Moellmann. La mortalité annuelle a oscillé entre 7,7 et 32 0/0 ; la mortalité moyenne étant de 15,1 0/0, près des trois quarts des cas se sont présentés de décembre à mai. Moellmann n'a pas remarqué que les conditions météorologiques exerçassent quelque influence appréciable sur la fréquence de la pneumonie. Les saisons ont pourtant une influence indirecte, en

ce sens que, durant l'hiver, les habitants restent agglomérés dans leurs maisons, ce qui explique le plus grand nombre de pneumonies survenues en hiver et au printemps. Quarante-deux fois Moellmann a traité, coup sur coup, dans la même maison, 2 pneumonies, et trois fois même 3 pneumonies. Certaines maisons ont compté des malades dans plusieurs épidémies, tandis que d'autres restaient toujours indemnes.

Parmi les pneumoniques de Moellmann, il se trouvait davantage de gens plus ou moins débiles que d'individus robustes. 86 malades ont été soignés par Moellmann, à plusieurs reprises, pour une pneumonie ; 65 d'entre eux l'ont eue deux fois ; 16, trois fois ; 3, quatre fois, et 2, cinq fois. Ce chiffre, qui représente une proportion de 10 0/0 de récidives, est inférieur à la vérité, parce qu'il ne comprend pas les malades soignés antérieurement pour la même affection par d'autres médecins. L'immense majorité des individus qui ont eu plusieurs pneumonies n'avaient pas quitté leur ancien logement. En général, ces récidives n'étaient séparées que par un intervalle de quelques mois, et dès lors les malades sont restés indemnes de nouvelles atteintes, bien qu'ils n'aient pas changé de domicile.

III. — Schütz, dans une série d'autopsies de pneumonie contagieuse du cheval, a trouvé constamment, dans les foyers jaunes du poumon, un organisme particulier en grande abondance. Il a pu l'isoler, le cultiver et le réinoculer à des chevaux chez lesquels il reproduisait la maladie. Il le considère donc comme la cause de l'affection. C'est une courte bactérie ovale, qu'on trouve isolée, groupée par deux ou en amas dans le poumon, et parfois dans d'autres organes. Elle paraît entourée d'une capsule gélatineuse. Elle se divise suivant son plus court diamètre, donnant alors deux éléments plus larges que longs, qui, en s'allongeant, deviennent circulaires, puis ovales. Elle se cultive bien dans la gélatine peptonisée, l'agar-agar, l'infusion de viande. La culture ne réussit pas sur le sérum. La végétation se fait bien à la température de 17°. L'inoculation de cultures pures aux souris leur donne la mort en un ou deux jours ; cet animal paraît être le réactif de l'affection. Le lapin meurt plus rarement ; le cobaye et le pigeon plus rarement encore. Le porc et le poulet résistent.

La bactérie se colore bien par le violet de gentiane et le bleu de méthylène, mais (et c'est là son caractère diagnostique) elle se décolore par la méthode de Gram. L'existence d'un espace (peut-être capsule) autour d'elle est moins caractéristique ; en effet, les diverses matières colorantes (violet de gentiane, fuchsine, etc.) ne le colorent pas constamment.

Schütz se demande si ce n'est pas là le microbe qui est seul cause de toutes les pneumonies contagieuses du cheval. Dans les cas où la pneumonie se complique de gangrène, il aurait trouvé, à côté de cette bactérie pneumonique, des microbes de la putréfaction ; il se serait donc fait une infection mixte. P. GALLOIS.

IV. — Dans un cas de pneumonie lobaire du poumon droit survenue au cours d'une variole, Neumann a rencontré et cultivé les bacilles de Schon. Ces bacilles étaient en quantité moins considérable que les microcoques à capsules de Fraenkel, qui furent également rencontrés. Ils présentaient les caractères assignés par Schon, forme nettement ova-

laire ou tout au moins arrondie aux extrémités, vifs mouvements propres à travers le champ du microscope. Leur coloration était facile. Ils se décoloraient par la méthode de Gram et celle de Weigert.

Ces bacilles se développaient aussi bien dans les couches superficielles aérées des cultures de gélatine que dans les couches profondes privées d'air. Ils sont donc anaérobies facultatifs.

Leur inoculation à la souris, au lapin, agissait rapidement en déterminant, entre autres lésions, des foyers pneumoniques. Ces foyers se produisaient aussi bien dans les injections intraveineuses que dans les inoculations directes dans le poumon. Les inoculations par inhalation ou par injections dans la trachée étaient plus actives que les inoculations par piqûre à travers la paroi thoracique.

Le rôle de ce bacille n'est pas exclusif dans la pneumonie puisqu'il se rencontre en même temps que le microcoque de Fraenkel. Mais l'association en proportions variables de ces deux micro-organismes signalés dans cette affection, bacille de Friedlander, streptococcus et staphylococcus aureus et albus n'a-t-elle pas une influence sur la diversité des phénomènes cliniques ? M. DEBOVE.

V. — Un alcoolique entré le 31 octobre à la clinique avec une fièvre ardente (40°) a du délire le 1er novembre et présente le 2 une matité peu étendue, quelques râles sous-crépitants fins, un souffle léger de pneumonie. Le délire se reproduit, la fièvre continue, les signes stéthoscopiques s'accentuent. Le 4, affaissement marqué, pouls dépressible, état typhoïde apparent. Le 5, état pulmonaire amélioré, état général empiré qui emporte le malade le 8. Autopsie : état intermédiaire entre hépatisation rouge et grise dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, hépatisation grise au sommet gauche. Rate en bouillie. Plaques de Peyer tuméfiées et ulcérées. Il ne s'agissait ni d'une pneumonie d'alcoolique ou adynamique ni de la superposition d'une pneumonie et d'une fièvre typhoïde, mais d'une fièvre pneumo-typhoïde.

Cette observation, rapprochée de cinq observations avec autopsie prises dans la littérature médicale et d'une observation inédite de Carrieu, amène l'auteur à résumer l'histoire clinique de la maladie.

La fièvre typhoïde étant une maladie d'été et la pneumonie une maladie d'hiver, la fièvre pneumo-typhoïde appartient aux saisons intermédiaires. L'alcoolisme, les privations sont les éléments étiologiques individuels. Enfin, il y a des épidémies de pneumo-typhus.

Le début se fait par les symptômes de la pneumonie, mais la lésion n'est pas très étendue, et, quand elle s'améliore, l'état général persiste et s'accentue. Si la maladie est à marche rapide, elle se termine par la mort; si elle est à marche lente, elle se termine par la guérison. La pneumonie peut arriver à l'hépatisation grise ou passer au second plan, comme dans un cas rapporté par Grasset, mais l'état typhoïde se dessinant de plus en plus est l'élément constant.

Comme point de comparaison, Grasset étudie la fièvre pneumo-paludéenne à laquelle il refuse le nom de pneumonie intermittente et dont il rapporte deux cas.

L'intensité, les caractères, la marche et le traitement de la fièvre permettent d'établir le diagnostic. Cette pyrexie est comparable à la fièvre pneumo-typhoïde, et il y a aussi une fièvre broncho-paludéenne comme il y a une fièvre broncho-typhoïde.

L'hydrothérapie est indiquée quand la pneumonie passe au second plan et quand il y a des phénomènes nerveux. A. DUCAMP.

VI. — M..., âgé de 36 ans, atteint de paralysie générale, d'origine alcoolique, depuis plusieurs mois, présente à la partie supérieure du dos un vaste anthrax parsemé de cratères; on applique un pansement antiseptique, iodoformé; le surlendemain, l'examen de la poitrine, jusque-là négatif, permet de constater l'existence d'une pneumonie double au sommet.

A l'autopsie, on constate les lésions ordinaires de la paralysie générale et des lésions pulmonaires. A gauche, le lobe supérieur est semé de petites nodosités, du volume d'une cerise, fermes, lisses à la coupe, d'un gris rougeâtre; elles sont confluentes à la partie antérieure. A droite, tout le lobe supérieur est compact, rouge à la coupe, granuleux et creusé au sommet de quelques petites cavernes, à parois inégales, recouvertes d'une fausse membrane caséeuse.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une broncho-pneumonie avec zones de pneumonie catarrhale et fibrineuse, ou de pneumorragie, ou de désintégration caséeuse.

L'examen bactériologique a montré dans le pus de l'anthrax l'existence du microbe furonculeux, et de lui seul, sous forme de cocci sphériques de 0μ,8, isolés ou géminés, rarement groupés.

L'étude des coupes du poumon, préparées avec l'éosine hématoxylique permet de voir les microbes réunis par places en amas considérables, formant des taches faiblement colorées en rose. Ces coupes préparées par la coloration avec le bleu de méthyle montrent aussi les cocci isolés ou groupés, tant dans les régions des nodules pneumoniques atteints d'alvéolite fibrineuse ou catarrhale que dans les parois caséeuses des cavernules; c'est surtout dans les régions hémorragiques que les parasites sont le plus nombreux.

Chambard insiste sur l'aspect macroscopique de la pneumonie qui la rapprochait déjà des pneumonies symptomatiques, de la morve et de la pyohémie. Il conclut à l'existence d'une pneumonie infectieuse due au transport et à la localisation dans les poumons du microbe de l'anthrax, microbe qui, pour lui, est le parasite vulgaire des suppurations localisées, un banal staphylococcus. H. L.

VII. — Hensel présente une idée générale sur la gangrène pulmonaire. Il injecte à des lapins dans le parenchyme pulmonaire du liquide de latrines en putréfaction. Il détermine ainsi de véritables foyers de gangrène pulmonaire. Il a suivi histologiquement le double processus de l'inflammation et de la mortification. Une des parties les plus intéressantes de son mémoire consiste dans le tableau synoptique des cas de gangrène pulmonaire observés de 1878 à 1885. 43 cas portaient officiellement le titre gangrène pulmonaire. En réalité, la gangrène s'était montrée dans 83 cas sur 5072 autopsies.

Dans 10 cas, la gangrène s'était développée à la suite d'embolies issues de points de départ divers. La pyémie est signalée 9 fois sur ces 20 cas.

Dans 10 cas, la gangrène résultait d'un carcinome, 8 fois d'un carcinome perforant de l'œsophage ou du cardia ; une fois d'un cancer perforant de l'estomac.

Dans 14 cas, elle était la conséquence d'une pneumonie; 5 fois il est noté qu'il s'agissait d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie lobulaire; 5 fois d'une pneumonie croupale.

Dans 11 cas, la tuberculose était la maladie première ; 6 fois il y avait laryngite tuberculeuse.

Dans 5 cas, la gangrène pulmonaire était consécutive à la bronchiectasie ; dans 3 cas à la pleurésie, et cette pleurésie elle-même était due à une perforation de l'œsophage avec abcès du médiastin, à de l'actinomycose avec abcès intercostaux et parapleurite, à la puerpéralité (fusée purulente ayant déterminé la perforation du diaphragme).

Dans 3 cas, il y avait eu traumatisme et plaie du poumon.

Dans 5 cas, il s'agissait d'affections cérébrales, ayant surtout pour caractéristique la cachexie et la démence.

Ces relevés étiologiques sont intéressants ; il en ressort une fois de plus que la gangrène pulmonaire résulte surtout de deux facteurs principaux : la nécrose du poumon et l'introduction dans les voies aériennes et les alvéoles de particules infectieuses ou purulentes. A. MATHIEU.

VIII. — Homme de 26 ans. 15 jours avant son entrée à l'hôpital, il est pris de points douloureux à la partie supérieure droite du thorax. A 1 centimètre au-dessous de la clavicule droite, commence une zone de matité ayant l'étendue de la main, une forme irrégulière et dépassant la ligne médiane du sternum pour se perdre insensiblement dans la matité cardiaque au niveau du 3e espace intercostal gauche. Dans toute la superficie de la zone mate, les vibrations thoraciques sont affaiblies ainsi que le murmure vésiculaire. Crachats rares, muco-purulents, souvent striés de sang, contenant de nombreux globules de pus et d'abondantes cellules d'épithélium pavimenteux, mais ni fibres élastiques ni bacilles. Pas de ganglions nulle part. Les anamnestiques et l'état général faisaient songer à un kyste hydatique, Krönig fit sans résultat deux ponctions exploratrices avec l'aiguille de Pravaz, au niveau de la matité. Quatre jours plus tard, une nouvelle ponction avec une canule à la fois plus longue et plus grosse ramena une parcelle de tissu constituée par des corpuscules lymphatiques à gros noyaux, placés dans un fin reticulum et environnés par places de faisceaux de fibres élastiques.

La zone de matité s'étendit en tous sens, refoulant le cœur. Le foie se tuméfia rapidement. Le catarrhe de la base gagna la totalité du poumon, et l'expectoration devint de plus en plus abondante. La fièvre était intermittente et irrégulière. L'oppression s'accusa. Dans les 3 dernières semaines, tuméfaction des ganglions cervicaux et axillaires ; dilatation des veines cutanées du cou. Sueurs profuses. Pas de phénomènes oculo-pupillaires ni d'expectoration gelée de framboise. Mort, huit semaines après l'admission.

Autopsie. — Cœur fortement dévié à gauche par une tumeur volumineuse qui a soudé le poumon droit au médiastin antérieur. Pneumonie hémorragique récente du lobe supérieur droit. La tumeur était un sarcome carcinomateux de Virchow, c'est-à-dire une tumeur mixte, dans laquelle, au milieu d'un tissu manifestement sarcomateux, étaient disséminés des conglomérats de cellules à caractère plus ou moins épithélial. Cette tumeur, qui avait pris son origine dans la muqueuse bronchique, avait envahi successivement le parenchyme pulmonaire, les ganglions de médiastin et la portion cervicale des nerfs pneumogastriques et sympathiques. Le foie, très volumineux, renfermait un grand nombre de noyaux secondaires de même nature. J. B.

I. — **Ueber Pleuritis (Bactériologie dans la pleurésie), par EHRLICH** (*Berl. kl. Woch., p.* 579, *août* 1887).

II. — **De la pleurésie infectieuse, par BOURDON** (*Thèse de Bordeaux*, 1887).

III. — **Experimentelle Untersuchungen, etc. (Étude expérimentale sur l'in-**

fluence des grands épanchements pleurétiques sur la pression du sang, etc.), par Ottomar ROSENBACH (*Arch. f. path. An. u. Phys., CV, Heft* 2, *p.* 215).

IV. — Observations sur les rapports qui existent entre la pleurésie et la tuberculose, par DUNIN (*Gaz. hebd. de méd. et chir., mai* 1887).

V. — Deux observations de pleurésie aiguë primitive de nature tuberculeuse, par LAUTH (*Gaz. hebd. de méd. et chir., octobre* 1887).

VI. — Eigenthümliche Verlauf einer acuten tuberkulösen Pleuritis (Marche particulière d'une pleurésie aiguë tuberculeuse), par O. FRAENTZEL (*Charité Annalen, p.* 306, 1887).

VII. — Ueber Pleuritis pulsans, par Alf. KEPPLER (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., XLI, p.* 220, 1887).

VIII. — De la pleurésie purulente comme détermination de la grippe, par GAUCHER (*Soc. méd. des hôp., juin* 1887).

IX. — Note sur un cas de cancer primitif de la plèvre et du péricarde, par DUTIL (*Gaz. méd. de Paris, juillet* 1887).

I. — A la clinique de Gerhardt, dans le but d'élucider l'étiologie de la pleurésie, on soumet à un examen bactérioscopique tous les épanchements pleurétiques et les crachats qui les accompagnent. Il est plus commode d'examiner le liquide pleural coagulé que frais ; on en aspire 2 centimètres cubes, et lorsque le contenu de la seringue est coagulé on l'étale sur un porte-objet, puis on le stérilise et on le transforme en préparation sèche. Ces préparations sont colorées d'abord pendant 2 heures avec l'aniline fuchsinée, puis on les décolore en les exposant pendant quelques secondes à l'action de l'acide nitrique ; enfin, on les recolore avec le bleu de méthylène.

Ehrlich a soumis à cet examen 45 cas de formes les plus diverses de pleurésie. Dans aucun des 20 cas de pleurésie ordinaire il n'a constaté de bacilles tuberculeux, ni dans l'exsudat, ni dans l'expectoration. Dans les 9 cas de pleurésie avec phtisie pulmonaire, il a trouvé 2 fois dans l'exsudat des bacilles tuberculeux en quantité moyenne ; chez l'un de ses malades, l'examen antérieur des crachats n'avait fourni que des résultats négatifs.

Les 6 cas de pleurésie cancéreuse n'ont révélé aucun micro-organisme.

Enfin, sur les 9 pleurésies purulentes, 6 ne contenaient aucun bacille tuberculeux. Au surplus, leur guérison rapide, après l'opération, montre bien qu'il ne s'agissait pas d'une manifestation tuberculeuse. Quant aux 3 autres pleurésies purulentes, 2 renfermaient des bacilles tuberculeux, et pour la dernière, qui est encore en traitement, l'examen bactérioscopique n'a pas fourni de résultat jusqu'ici.

Dans la discussion, A. Fraenkel déclare n'avoir jamais trouvé de micro-organismes dans les pleurésies séro-fibrineuses, alors même qu'il s'agissait d'individus dont les crachats contenaient des bacilles tuberculeux. Peut-être ce résultat négatif tient-il à certaines difficultés de la méthode de coloration. J. B.

II. — Bourdon rapporte quelques observations de pleurésies aiguës paraissant purulentes d'emblées, mais dépendant, en réalité, d'une infection purulente générale. En voici la principale :

Début par une pleurésie droite, qui ne présente rien de particulier et dont l'épanchement a complètement disparu au bout de 3 semaines, quand le malade est brusquement pris de frissons violents, dyspnée, douleurs vives dans le thorax, épanchement abondant à droite, fièvre intense, dysphagie œsophagienne, hoquet. Par la ponction, faite le lendemain du frisson, on retire 1,300 grammes de pus couleur de café au lait; à la suite de la ponction, le poumon respire normalement, la dysphagie disparaît, mais l'état général ne change plus, hémiparésie droite, avec douleurs vives dans la jambe. Mort le quatrième jour. A l'autopsie, outre la pleurésie purulente, on trouve 7 ou 8 abcès à la surface du poumon droit, le tissu pulmonaire simplement comprimé, des abcès diffus dans l'épaisseur des muscles de la jambe et de la cuisse, congestion du bulbe au niveau des origines du pneumogastrique.

W. DUBREUILH.

III. — O. Rosenbach produit chez des animaux des pneumo-thorax avec ou sans fistules, il injecte dans la plèvre de l'huile, il introduit même dans la cavité pleurale un ballon en caoutchouc et étudie les diverses modifications apportées dans la circulation par l'introduction dans la plèvre de ces corps étrangers qui diminuent la capacité thoracique. Il constate que la pression artérielle ne s'abaisse pas lors même que les deux tiers de la capacité pleurale sont occupés par un corps étranger. Dans les cas où cette pression s'abaisse, cela est dû non à la compression du poumon, mais à la gêne de l'écoulement du sang veineux dans le thorax. Cette gêne serait due à une coudure de la veine-cave inférieure provoquée d'une part par le déplacement du cœur et des gros vaisseaux, d'autre part par la distension du diaphragme. La coudure de la veine-cave inférieure détermine une stase veineuse dont l'action sur le rein se reconnaît facilement par la présence dans l'urine d'albumine et de globules rouges. Cette albuminurie par stase rénale se produit très rapidement après la production de la stagnation veineuse. La diminution de la capacité thoracique peut produire le pouls paradoxal. Il est dû au rétrécissement et même à l'occlusion de la veine-cave inférieure sous l'influence des mouvements inspiratoires du diaphragme. La diminution de la capacité pleurale est insuffisante par elle-même à produire le pouls paradoxal, mais elle est une condition mécanique adjuvante.

P. GALLOIS.

IV. — L'opinion de Kelsch et Vaillard, qui imputent à toute pleurésie une origine tuberculeuse, est manifestement exagérée.

Cette réserve faite, on peut admettre que la majorité des cas de pleurésie relèvent de la diathèse tuberculeuse; aussi serait-il extrêmement important d'avoir quelques signes cliniques permettant de distinguer le véritable caractère des inflammations pleurales, se montrant au début de la tuberculose, alors qu'il n'existe encore aucun symptôme relevant de la tuberculisation des poumons.

Les pleurésies qui masquent le début de la tuberculose et aboutissent après un temps plus ou moins long à une phtisie pulmonaire se caractériseraient, au dire de l'auteur, par un début brusque, une fièvre intense, un épanchement peu abondant mais à résolution lente. Ce mode d'évolution serait la preuve de la nature diathésique de la maladie. La pleurésie vraiment primitive aurait, au contraire, un début presque latent; elle s'accompagnerait à peine de réaction générale; elle serait essentiellement chronique. Ces caractères nous semblent discutables.

RICHARDIÈRE.

V. — Les deux observations de Lauth sont en faveur de l'opinion qui fait de la pleurésie une affection spécifique alors même que le refroidissement paraît le mieux établi. Elles présentent une identité presque absolue.

Dans les deux cas, il s'agit d'individus jeunes, robustes, n'ayant aucun antécédent tuberculeux personnel ou héréditaire, et chez qui une pleurésie aiguë survient à la suite d'un refroidissement. La marche lente du processus pouvait seule faire prévoir la nature spécifique de l'affection. La mort s'étant produite au bout de trois mois, l'autopsie révéla dans les deux cas l'existence d'une tuberculose localisée à une plèvre, avec intégrité des poumons. Les granulations analogues à celles décrites par Kelschet Vaillard renfermaient des bacilles. RICHARDIÈRE.

VI. — Jeune homme de 26 ans toussant seulement depuis quelques semaines; le 1er octobre 1886, frisson violent suivi de chaleur et de sueurs point de côté gauche. Le 5, dyspnée extrême; matité totale dans la moitié gauche du thorax, sauf une zone tympanique sous la clavicule; cœur refoulé à droite, espace semi-lunaire disparu. Le lendemain, matité totale dans tout le côté gauche. Le 8, ponction évacuatrice. 1,100 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux. Nouvelle ponction le 12 octobre : 1,500 centimètres cubes d'un liquide jaune verdâtre dans lequelle on découvre des bacilles tuberculeux. Amélioration à partir de ce moment. Sortie le 15 décembre.

Cette observation est remarquable à cause de la production rapide d'un épanchement considérable dans une pleurésie nettement tuberculeuse et à cause de la présence de bacilles dans un épanchement séro-fibrineux. A. MATHIEU.

VII. —Il s'agit dans le fait de Keppler d'une pleurésie aiguë du côté gauche, à épanchement séreux qui ne refoulait que très légèrement la pointe du cœur. Le côté gauche dans la partie correspondante à l'épanchement était animé de pulsations isochrones à celles du cœur. Après la ponction l'épanchement devint purulent; on fit la pleurotomie et la guérison eut lieu.

La pleurésie pulsatile a été étudiée par Comby en 1883, sous le nom d'empyème pulsatile. C'est une affection rare dont on ne connait que 31 cas en y comprenant le précédent. Il s'agit le plus souvent d'un empyème du côté gauche, avec saillie des espaces intercostaux et menace d'empyème de nécessité. L'observation précédente, unique à ce point de vue, démontre qu'il peut s'agir d'une pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

A. MATHIEU.

VIII. — Gaucher rapporte 2 observations de malades qui, au cours d'une forte congestion pleuro-pulmonaire d'origine grippale, furent pris d'accidents généraux graves nécessitant une ponction; d'emblée on retira du pus. L'empyème pratiqué dans le deuxième cas amena la guérison rapide. L'examen du pus ne permit d'y voir que des microbes sans spécificité aucune, des organismes habituels de la suppuration, cocci, diplococci.

Rendu fait observer qu'il est difficile d'admettre une pleurésie purulente, conséquence directe d'une simple congestion pulmonaire grippale. Il suppose qu'il a dû exister quelques foyers de broncho-pneumonie corticaux. H. L.

IX.— Femme de 56 ans : pas d'antécédents : un jour point de côté, dyspnée, accès de suffocation et symptômes d'un épanchement pleural; ponction; issue de 1,200 grammes d'un liquide très fortement hématique, rouge brun, opaque, ressemblant à du sang à peu près pur et fortement fibrineux : amélioration, pas de reproduction du liquide : guérison apparente. Trois mois plus tard la malade revient avec différents accidents de cyanose et des engorgements

ganglionnaires sus-claviculaires, en présence desquels le dragnostic de cancer pleuro-pulmonaire est porté. L'autopsie confirme ce diagnostic : on doit remarquer dans cette observation ce fait que l'épanchement hémorragique ne s'est pas reproduit et qu'il était peut-être dû à la rupture de vaisseaux situés à la périphérie de la tumeur (pachypleurite hémorrhagique).

OZENNE.

I. — **The relation of strumous gland disease to tuberculosis, par F. EVA** (*Brit. med. j., p.* 994, *novembre* 1887).

II. — **Sur la durée d'incubation de la tuberculose inoculée, par E. GAUCHER** (*Revue de médecine, juin* 1887).

III. — **Beiträge zur Kenntniss der Arterientuberculose (Tuberculose des artères), par Dietrich NASSE** (*Arch. f. path. An. u. Phys., CV, Heft* 1, *p.* 173).

IV. — **Casuisticher Beitrag zur Verbreitung der Miliartuberculose (Généralisation de la tuberculose miliaire), par F. BERGKAMMER** (*Ibidem, Band CII, Heft* 2, *p.* 397).

V. — **Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen, etc. (Présence des bacilles tuberculeux dans l'appareil génital, etc.), par Curt JANI** (*Ibidem, Band CIII, Heft* 3, *p.* 522).

VI. — **Ueber Schilddrüsentuberculose (Tuberculose du corps thyroïde), par Eugen FRANKEL** (*Ibidem, Band CIV, Heft* 1, *p.* 58).

VII. — **Présence de bacilles dans l'endocardite des tuberculeux, par HELLER** (*Berl. kl. Woch., p.* 875, *décembre* 1886).

VIII. — **Einige Beobachtungen über die Verhältnisse der Darmtuberculose, etc. (Rapports de la tuberculose intestinale avec les follicules clos), par Arthur HANAU** (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band CII, Heft* 2, *p.* 411).

IX. — **Zur Bacillen der Pseudotuberculose des Kaninchens, par EBERTH** (*Ibidem, Band CIII, Heft* 3, *p.* 488).

X. — **Gabbet's Färbung der Tuberkelbacillen, par P. ERNST** (*Corr.-Blatt f. schw. Aerzte, p.* 682, *novembre* 1887).

XI. — **Zur Tuberkelbacillenfärbung (Coloration des bacilles tuberculeux), par AMANN** (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 775, *décembre* 1887).

XII. — **Quelques essais sur l'atténuation de la virulence tuberculeuse), par P.-V. FLORAND** (*Thèse de Bordeaux, n°* 21, 1887).

XIII. — **Contribution à l'étude de la tuberculose chez les alcoolisés, par BAUQUEL** (*Thèse de Nancy*, 1887).

XIV. — **Beiträge zur Lehre von der acuten Miliartuberculose, par Arthur HANAU** (*Arch. f. path. An. u. Phys., Band CVIII, Heft* 2, *p.* 221).

XV. — **The treatment of pulmonary diseases by gazeous enemata (Lavements gazeux dans la phtisie), par G.-D. HAYS** (*New York med. journ., p.* 91, *juillet* 1887).

I. — Relation d'expériences d'inoculation de ganglions strumeux à des cobayes et à des lapins. Chez tous les cobayes, le résultat a été positif, et la tuberculose viscérale s'en est toujours suivie; chez la plupart des lapins il en a été de même, contrairement aux résultats obtenus part Arloing. Il a également trouvé, en opposition avec les assertions de cet

auteur, que la transmission tuberculeuse est aussi active quand on inocule du virus qui a déjà passé par les cobayes. Il est remarquable de voir que tandis que les ganglions strumeux sont pauvres en bacilles, leur inoculation en développe une grande quantité dans les viscères des animaux, ce qui explique la marche très différente de la tuberculose dans les deux cas. H. R.

II. — Gaucher publie le résultat d'une expérience faite sur deux lapins auxquels il avait injecté dans le péritoine du pus d'abcès par congestion. Ce ne fut que vingt-cinq mois après l'inoculation que l'un des lapins succomba. On trouva à l'autopsie la rate tuméfiée et infiltrée de noyaux caséeux. L'inoculation ayant été pratiquée à gauche, Gaucher pense que l'aiguille de la seringue de Pravaz aura piqué la partie inférieure de la rate et que le développement de la tuberculose aux dépens de cet organe est dû à cette cause. Le péritoine périsplénique contenait également quelques tubercules, il en était de même de la plèvre diaphragmatique. Au moment de la publication de cette note (deux ans et demi environ après l'inoculation), le second lapin était en parfaite santé. C. GIRAUDEAU.

III. — Dietrich Nasse s'est occupé surtout de la tuberculose des artères de la rate et des reins. Dans le poumon, cette étude est beaucoup plus difficile. Ces artérites tuberculeuses déterminent une thrombose à l'intérieur du vaisseau. A la suite de cette thrombose, il se forme des infarctus qui peuvent être purement anémiques, mais qui fréquemment constituent une forme mixte anémo-hémorragique. Dans d'autres cas, un tubercule développé dans la paroi d'une artère s'ouvre dans sa cavité, et l'on observe alors (dans le rein en particulier) une tuberculose disséminée de l'organe où se rend l'artère malade. Il est vraisemblable que dans d'autres organes tels que le poumon la dissémination de la tuberculose puisse se faire par ce procédé. P. GALLOIS.

IV. — Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant qui, au cours d'une rougeole, fait de la tuberculose miliaire. L'infection se serait faite par le poumon, de là les bacilles auraient atteint, par les lymphatiques, les ganglions, et par les vaisseaux sanguins les divers organes (foie, rein, rate) dans lesquels on trouvait des tubercules plus ou moins riches en bacilles. Le sang de ces organes contenait lui-même ces bactéries facilement colorables. Dans le second fait, il y avait un foyer primitif ganglionnaire d'où seraient parties les colonies qui ont déterminé la généralisation de la tuberculose. P. GALLOIS.

V. — Curt Jani cherche à élucider cette importante question de la transmission de la tuberculose par hérédité. Ce travail, fait dans le laboratoire de Weigert, est publié par lui après la mort de l'auteur. La question se résume à ceci : la transmission de la tuberculose au fœtus se fait-elle par le père ou par la mère. Curt Jani penche plutôt pour l'inoculation par le père. Il constate que dans les testicules et la prostate de tuberculeux, lors même que ces organes ne paraissent pas malades et qu'on n'y trouve pas de tubercules, on peut y rencontrer néanmoins des bacilles. Ces bacilles sont peu nombreux, mais le fait curieux à signaler, c'est qu'ils se trouvent dans le tissu glandulaire sans déterminer autour d'eux aucune trace d'altération pathologique. Les bacilles peuvent donc traverser la paroi des capillaires et passer au travers des épithéliums sans provoquer de réaction. Le sperme, chez ces malades, contient des bacilles sans que le testicule ni la prostate présentent des

tubercules. Il peut donc vraisemblablement transmettre à la fois à l'ovule le spermatozoïde et le bacille. Démontrer qu'un ovule fécondé et pénétré par le bacille peut se développer est impossible. Il est nécessaire de voir si la transmission est possible de la mère à l'enfant. Chez une tuberculeuse, il a trouvé dans la trompe un grand nombre de bacilles n'ayant pas non plus déterminé de tubercules; il est possible que ces bacilles soient capables d'infecter l'ovule au passage. Mais une fois l'œuf fixé dans l'utérus et relié à la mère par le placenta, est-il encore soumis à l'infection par le sang maternel ? Dans l'autopsie d'une femme morte de granulie au cinquième mois d'une grossesse, le placenta dont cinquante coupes furent examinées, ne contenait ni tubercules ni bacilles, le fœtus n'en présentait pas davantage. Il semble donc que la transmission du bacille de la mère à l'enfant par l'intermédiaire de la circulation placentaire n'est pas la cause ordinaire de la tuberculose héréditaire. P. GALLOIS.

VI. — La tuberculose du corps thyroïde est de règle dans la tuberculose miliaire généralisée, mais elle peut se montrer aussi dans les formes chroniques de la phtisie. Elle se présente sous la forme soit de tubercules miliaires, soit de foyers volumineux solitaires ou multiples. De toute façon, il se produit ce que l'on peut appeler un goitre tuberculeux. Les tubercules miliaires débutent par le tissu conjonctif interfolliculaire, les foyers plus gros doivent avoir le même siège originel, étant formés par la confluence de nodules tuberculeux. Au microscope, ces tubercules sont riches en cellules géantes et pauvres en bacilles. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Weigert et de Baumgarten, qui admettent que la prolifération abondante des bacilles dans un tubercule tue les cellules rapidement, et qu'au contraire leur développement lent causant une irritation modérée permet l'augmentation du volume des cellules et la production des cellules géantes. P. GALLOIS.

VII. — Dans l'endocardite qui survient chez les tuberculeux, Heller a trouvé dans les valvules des bacilles tuberculeux qu'il regarde comme la cause de l'affection valvulaire. Il ajoute toutefois qu'il faut mettre beaucoup de soin dans ces recherches parce que, dans les caillots qui surmontent des excroissances, peuvent être contenus des bacilles déposés par le sang mais sans rapport direct avec la lésion locale.

Dans la discussion, Grawitz et von Recklinghausen déclarent ne pas partager la manière de voir de Heller, parce que, sur les valvules cardiaques, on n'observe ni granulations ni caséifications. J. B.

VIII. — Passow (*Virchow's Arch.*, CI., p. 155) a émis l'idée que, dans la tuberculose, les chances de lésions intestinales étaient en proportion directe du nombre des follicules clos. Hanau rapporte trois observations où, en effet, on trouvait peu de plaques de Peyer et en même temps peu de lésions dans l'intestin. P. GALLOIS.

IX. — Sur un lapin qui dépérissait, Eberth trouva par hasard à l'autopsie des lésions péritonéales ressemblant à de la tuberculose. Au microscope, les nodules étaient formés de cellules de pus, on n'y trouvait pas de cellules géantes. En colorant avec le bleu de méthylène en solution potassique, on voyait au centre des nodules des amas de microbes que l'on aurait pu prendre à première vue pour des microcoques. Mais ils sont formés par des bâtonnets deux fois plus longs que larges, et

deux ou trois fois plus épais que le bacille de la tuberculose. Ils présentent des condensations du protoplasma, tantôt on trouve un point à chaque extrémité, tantôt un point unique au milieu. Ils sont fréquemment disposés en chaînettes. On en rencontrait en outre une variété un peu différente et pouvant facilement être prise pour un microcoque. Dans ce cas, le bacille est plus court, sa largeur est les deux tiers de sa longueur. Les procédés de Gram, d'Ehrlich, etc., le colorent mal. C'est le réactif de Loffler qui le colore le mieux (30 centimètres cubes d'une solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène × 100 centimètres cubes d'une solution de potasse à 1/10,000). Laisser de 6 à 7 heures à colorer, laver à l'alcool, décolorer par l'acide nitrique. Les conditions particulières dans lesquelles l'autopsie s'est faite n'ont pas permis de faire des cultures. P. GALLOIS.

X. — Après avoir reconnu la supériorité de la méthode de la coloration de Gabbet (*Lancet*, 9 avril 1887) pour la recherche des bacilles tuberculeux, Ernst l'a simplifiée encore de la manière suivante, afin de la rendre pour ainsi dire instantanée.

On plonge durant deux minutes les préparations dans une première liqueur composée de 1 partie de fuchsine, 100 d'eau phéniquée à 5 0/0 et 10 d'alcool absolu. Puis, après un rapide lavage à l'eau, on les met pendant une minute dans la seconde liqueur formée de 100 parties d'acide sulfurique à 25 0/0 et de 1 ou 2 parties de bleu de méthylène. J. B.

XI. — Au milieu de tous ses avantages, le procédé de coloration de Gabbet a l'inconvénient que les parties trop épaisses de la préparation, insuffisamment décolorées après la seconde décoloration avec le bleu de méthylène, prennent une teinte mixte, si bien que les noyaux de cellules et les bactéries, au lieu d'être rouges ou bleus, apparaissent violets, ce qui prête facilement à des erreurs.

Amann remédie à cet inconvénient en remplaçant le bleu de méthylène par le vert malachite, selon la formule suivante : On dissout 2 grammes de vert dans 75 d'eau et on ajoute ensuite 25 grammes d'acide sulfurique concentré.

La couleur verte est transformée en orangé par formation d'un sel acide. Mais cela n'a pas d'importance, car le lavage à l'eau fait reparaître la couleur verte.

Le vert malachite a un autre avantage, c'est qu'il colore peu ou point toutes les bactéries étrangères aux bacilles tuberculeux. J. B.

XII. — L'auteur a constaté que de la matière tuberculeuse (rate de cobaye tuberculeux) desséchée et exposée pendant un mois à la lumière solaire, dans une atmosphère d'oxygène pur, a perdu sa virulence.

Les vapeurs de mercure agissent de même, mais non avec la même énergie, puisqu'un cobaye sur quatre inoculés a pris la tuberculose. W. DUBREUILH.

XIII. — Voici les principales conclusions de Bauquel :

L'alcoolisme est une des causes déterminantes de la tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose alcoolique se distingue par plusieurs caractères de la forme ordinaire de cette affection : 1° *par l'âge des malades ;* en effet, la plupart commencent à se tuberculiser entre 30 et 50 ans, quelques-uns après 50 et très peu avant 30 ans; 2° *par la marche,*

l'évolution est plus rapide que dans la phtisie ordinaire, la durée peut être fixée à un an environ pour la moitié des cas, et à 4 mois pour l'autre moitié.

Les lésions anatomiques et la symptomatologie, à part les manifestations de l'alcoolisme, n'ont aucun cachet spécial. P. PARISOT.

XIV. — Hanau recherche si la tuberculose miliaire n'est pas précédée du développement d'un foyer tuberculeux ayant, à un moment donné, abandonné dans le courant sanguin comme un essaim de bacilles.

Il signale en particulier les tubercules des veines et des ganglions lymphatiques comme dangereux au point de vue de la généralisation aiguë de l'affection. Il rapporte des observations de tuberculose miliaire expliquée par la rupture d'un tubercule des veines suivantes : veine pulmonaire, veine cave supérieure, veines rénales et veines des capsules surrénales. Dans le cas de tubercule de la veine cave supérieure, le foie contenait un grand nombre de granulations tuberculeuses dues à des embolies rétrogrades (?). D'autres observations ont trait à la granulie due à des tubercules ganglionnaires. P. GALLOIS.

XV. — Hays a soumis douze phtisiques aux lavements gazeux. Deux de ces malades étaient à la dernière période de la phtisie et n'ont fourni que des résultats négatifs. Tous les autres ont été améliorés par le traitement. En général la température baissait, le pouls se ralentissait, la toux et l'expectoration étaient atténuées. Quand on interrompait le traitement, la situation s'aggravait.

L'auteur a noté aussi l'augmentation du poids du corps et l'amélioration des fonctions digestives par le traitement de Bergeon. L. GALLIARD.

I. — **Ueber Herzhypertrophie** (**Genèse de l'hypertrophie du cœur**), par **SCHATZ** (*Berl. kl. Woch*, *p.* 959, *décembre* 1887).

I. — **Zur allgemeinen Pathologie der Herzkrankheiten** (**Pathologie générale du cœur**), par **SCHOTT** (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XII*, *p.* 296).

III. — **Su di alcune anomalie dell'impulso cardiaco** (**Anomalies du choc cardiaque**), par **MURRI** (*Il Morgagni*, *août* 1887).

IV. — **Beiträge zur Lehre von der Endocarditis**, par **W. WYSSOKOWITSCH** (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIII*, *Heft* 2, *p.* 301).

V. — **Ueber die Ætiologie der experimentellen mycotischen Endocarditis**, par **J. ORTH** (*Ibidem*, *p.* 333).

V . — **Endocarditis ulcerosa nach acutem Gelenksrhumatismus**, par **L. BRIEGER** (*Charité Annalen*, *p.* 145, 1887).

VII. — **On the association of mitral stenosis with gout and granular Kidneys** (**Relations du rétrécissement mitral avec la goutte et la néphrite interstitielle**), par **G. N. PITT** (*Brit. med. journ.*, *p.* 118, *juillet* 1887).

VIII. — **Zur Kenntniss der Aorteninsufficienz**, par **C. GERHARDT** (*Charité Annalen*, *p.* 216. 1887).

IX. — **Ein Fall von relativ geheilter Insufficienz der Aortenklappen** (**Guérison relative de l'insuffisance aortique**), par **O. FRÄNTZEL** (*Ibidem*, *p.* 296).

X. — **Etat du myocarde dans l'artérite chronique des coronaires**, par **LETULLE** (*Soc. méd. des hôp.*, 22 *juin* 1887).

XI. — Ein Fall von Stenose des conus Arteriæ pulmonalis, par KRONIG (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 961, *décembre* 1887).

XII. — Ueber congenitale Herzmyome (Myômes congénitaux du cœur), par KOLISKO (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 135, 1887).

XIII. — Des variations passagères de volume du cœur, par J. FOUBERT (*Thèse de Paris*, 1887).

XIV. — On recurrent palpitation of extreme rapidity, in persons otherwise apparently healthy (Palpitations rapides chez des personnes en apparence bien portantes), par John BRISTOWE (*Brain*, *p.* 114, *juillet* 1887).

XV. — Ein Fall von paroxysmaler Tachycardie, par SPENGLER (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 826, 1887).

XVI. — Ein Fall von intra vitam diagnosticister Embolia Arteriæ coronariæ cordis, par KORCZYNSKI (*Cent. f. klin. Med.*, *p.* 797, 1887).

I. — Il est généralement admis qu'en dehors des troubles de l'innervation et des affections du cœur, l'hypertrophie cardiaque n'a d'autres causes que l'augmentation de pression dans le système artériel. Oertel est le premier à avoir avancé que l'augmentation de la pression intraveineuse peut avoir le même résultat dans les conditions pathologiques, mais son opinion a été vivement repoussée par les physiologistes.

Or, Schatz prétend qu'elle est exacte non seulement à l'état morbide, mais encore dans des conditions normales, telles que l'hypertrophie du ventricule gauche chez les nouveau-nés.

Il rattache également au même mécanisme l'hypertrophie du cœur observé dans la néphrite interstitielle. D'après lui, l'affection rénale ralentit considérablement la déshydratation du sang. Il en résulte une augmentation de la masse du liquide sanguin, qui entraîne au bout d'un certain temps l'accroissement de la tension des parois veineuses. L'afflux de sang est accéléré vers le cœur qui se trouve rempli plus vite et plus fortement. Pour se débarrasser de ce sang, les ventricules se contractent plus énergiquement; d'où une hypertrophie cardiaque par un excès de travail et par suite une élévation de pression dans le système artériel.

J. B.

II. — 1° *Insuffisance musculaire du cœur.* Schott signale l'insuffisance musculaire des fièvres graves, des dégénérescences graisseuses (empoisonnement par le phosphore). Il appelle surtout l'attention sur l'insuffisance cardiaque des obèses et sur celle qui est liée à des troubles digestifs. Pour la première, il montre que la guérison peut être obtenue sans aucune diminution et même avec augmentation de poids du malade, que les cures dites de dégraissement sont souvent plus nuisibles qu'utiles. C'est en effet l'atrophie produite par l'absence d'exercices, l'apathie intellectuelle, qui frappe le cœur au même titre que les autres muscles de l'économie, qu'il faut combattre bien plutôt que la dégénérescence graisseuse. Pour la seconde, il montre comment elle est produite par l'apport insuffisant des matières albuminoïdes.

2° *Dilatations.* Il existe des dilatations compensatrices et qu'il convient de respecter, par exemple, la dilatation du ventricule gauche dans l'insuffisance aortique et même dans l'insuffisance mitrale. Les dilatations par stase, celles du cœur droit, par exemple, dans les maladies du cœur

gauche, sont au contraire nuisibles. Il est facile de vérifier qu'elles augmentent par toutes les influences qui nuisent au fonctionnement du cœur : fatigues, émotions, bains froids, qu'elles diminuent au contraire quand la compensation tend à s'établir.

3° *Bruits du cœur.* La disparition des bruits ne se fait complètement que quand il n'existe pas de lésion anatomique. Cette disparition est souvent précédée de bruits de dédoublement. Souvent aussi au moment où ils tendent à disparaître, les souffles deviennent plus brefs.

4° *Stase périphérique et hydropisie.* Tant que l'urine est simplement diminuée sans qu'il y ait exagération de la soif et augmentation des boissons ingérées, l'hydropisie n'apparaît pas. Mais elle survient dès que l'oligurie — en entraînant une rétention des matières solides de l'urine, — amène le malade à augmenter la quantité de ses boissons. Cette seconde période peut être très précoce ou assez tardive. M. DEBOVE.

III. — Le mouvement de recul imprimé à la pointe du cœur par la contraction du ventricule droit est masqué à l'état normal par l'impulsion que produit le ventricule gauche; lorsque l'activité du ventricule droit s'exagère, il en résulte d'abord l'apparition d'une pulsation systolique à la base, puis l'affaiblissement ou la disparition de la pulsation systolique de la pointe et finalement, dans les cas extrêmes, l'interversion du mouvement de la pointe, c'est-à-dire que le soulèvement de la paroi thoracique est remplacé par sa rétraction; la double insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires est la lésion qui favorise le plus la prédominance du ventricule droit ; ses effets sont d'autant plus marqués que le malade est plus jeune, les cavités du cœur dilatées, le muscle cardiaque hypertrophié et les parois thoraciques minces.

Un seul signe permet jusqu'ici de distinguer la rétraction de la pointe due à une symphyse cardiaque de celle produite par une lésion valvulaire, c'est l'extension de la rétraction au sternum, aux cartilages et aux côtes adjacentes.

En l'absence de ces caractères, la rétraction de la pointe pourrait encore avoir une grande valeur pour le diagnostic de la symphyse cardiaque, si on parvenait à démontrer que l'activité du ventricule droit n'est pas exagérée ou que la rétraction n'a pas le même siège que celle qui est produite pas le ventricule droit; mais on peut rarement arriver à exclure cette cause d'erreur. Les ondulations de toute la région précordiale et la rétraction de plusieurs côtes n'ont pas la valeur pathognomonique qu'on leur a attribuée. L'invariabilité des limites du poumon peut se rencontrer alors même que la plèvre et le péricarde sont intacts, si le cœur est très dilaté ou est animé d'une forte impulsion contre la paroi thoracique.

Au contraire, on doit attacher plus d'importance à l'immobilité de la pointe du cœur dans les changements de position du malade, car les cœurs volumineux et non adhérents qui sont capables de produire une rétraction systolique de la pointe sont plus mobiles qu'à l'état normal en raison de l'allongement des gros vaisseaux produit par le poids du cœur, et de la plus grande tendance du cœur hypertrophié à obéir aux lois de la pesanteur. La double insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires peut produire l'impulsion diastolique de la pointe, laquelle est ordinairement durable et multiple, contrairement à l'impulsion diastolique courte

et ordinairement unique que produit quelquefois la sténose auriculo-ventriculaire. GEORGES THIBIERGE.

IV. — Le travail de Wyssokowitsch comprend deux parties :

Dans la première, il s'occupe de l'étiologie de l'endocardite aiguë chez l'homme. Il a examiné 12 cas dont un seul avait trait à l'endocardite ulcéreuse. Dans les endocardites chroniques et dans les endocardites aiguës non ulcéreuses, il n'a pas trouvé de microbes. Les dépôts fibrineux qui se détachent des valvules donnent lieu à des embolies non septiques qui se cicatrisent. Dans le seul cas d'endocardite ulcéreuse qu'il ait étudié, il a trouvé, par l'examen direct et par les cultures, les taphylococcus pyogenes aureus. Cependant il pense que le streptococcus pyogenes peut produire la même affection et cela en particulier dans les cas d'infection puerpérale.

Dans la seconde partie, il a cherché à produire expérimentalement chez les lapins des endocardites septiques. Pour cela, avant d'inoculer ses animaux il déterminait des lésions valvulaires en introduisant par la carotide droite une sonde dans la cavité du cœur gauche. L'injection dans les veines de l'oreille du lapin, du streptococcus produit une endocardite ulcéreuse rappelant celle de l'homme. Cependant on détermine ainsi des altérations nécrosiques bien plutôt qu'inflammatoires. Il note en outre des métastases dans divers organes (rein, rate, articulation), mais toujours avec prédominance de la nécrose sur l'inflammation. Les altérations vasculaires dues au microbe n'étaient pas limitées aux valvules aortiques déchirées par la sonde, mais existaient aussi sur des points qui n'avaient subi que le simple frôlement de l'instrument, telles que la mitrale, l'aorte et la carotide. Lorsque Wyssokowitsch injectait le streptococcus sans avoir au préalable fait pénétrer la sonde dans le cœur ou les vaisseaux, il ne se produisait pas d'endocardite ni d'artérite septique. Lorsque l'injection septique avait lieu deux jours après l'introduction de la sonde, l'endocardite septique ne se produisait plus. Pour le staphylococcus il a fait des expériences comparatives avec un staphylococcus provenant de culture et le staphylococcus recueilli sur l'endocarde du seul cas d'endocardite ulcéreuse qu'il ait étudié. Il constate que la suppuration est beaucoup plus marquée, les lésions nécrosiques également plus étendues que dans l'infection due au streptococcus. Mêmes caractères dans les foyers métastatiques, qui ont subi non pas une nécrose anémique, mais une nécrose suppurative. Quand on se contente de déchirer les valvules par l'introduction de la sonde sans faire d'injection septique on n'obtient ni dépôt fibrineux ni nécrose, il n'y a absolument aucune réaction. Le coccus sepsis de Nicolaier produit des altérations analogues, le microcoque tétragène et le bacille pneumonique ne donnent rien.

On doit en conclure que, pour que l'endocardite septique se produise, il faut deux conditions : 1° que l'endocarde soit modifié; 2° que sur les points malades viennent s'implanter des micro-organismes. Par où ceux-ci pénètrent-ils dans le sang chez les malades, par le poumon ou par l'intestin? Dans les cas d'endocardites puerpérales, c'est évidemment par la plaie utérine.

V. — Le travail de Wyssokowitsch est suivi d'une étude de son maître Orth, lequel s'occupe surtout des conditions qui constituent la

prédisposition à l'endocardite septique. C'est actuellement l'étude que l'on doit faire au sujet de toutes les maladies infectieuses. Dans les expériences de Wyssokowitsch la prédisposition consiste dans les altérations immédiates ou consécutives causées par l'introduction de la sonde. Il insiste sur ce fait que la durée de la prédisposition n'est que de deux jours, et fait remarquer que, pour beaucoup d'autres maladies infectieuses, il est possible que les périodes où le corps est disposé à subir l'infection soient peut-être aussi courtes. Il fait remarquer également que des altérations même très légères peuvent suffire pour constituer la prédisposition; ainsi, dans telles expériences de Wyssokowitsch, des colonies de microbes se sont développées sur des points simplement frôlés par la sonde. Il suffit, peut-être, soit que quelques cellules endothéliales soient arrachées, soit même que leur nutrition soit simplement modifiée par le contact d'un corps étranger pour que les colonies parasites puissent s'implanter et s'accroître. Il compare ensuite les expériences de Wyssokowitsch avec celles de Ribbert. Celui-ci injectait des microbes suspendus dans une émulsion. Les particules de l'émulsion formaient de fines embolies autour desquels les micro-organismes créaient un foyer métastatique. Il semble aussi que l'embolie en modifiant la vitalité du tissu ambiant diminuait sa résistance à l'invasion microbienne. P. GALLOIS.

VI. — Femme de 31 ans, bien portante avant 1884; rhumatisme articulaire aigu à cette époque, d'une durée de deux mois. Depuis lors, accès de fièvre éloignés, puis quotidiens, ayant duré presque cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital. On constate de la cyanose, de l'œdème des malléoles, bronchite généralisée, râles sous-crépitants vers les bases. Au cœur, souffle systolique (sans autre indication). Pouls fréquent à 124 pulsations. Albuminurie. Mort en asystolie.

A l'autopsie, endocardite des orifices auriculo-ventriculaires gauche et droit; avec lésions très accentuées, surtout du côté de la tricuspide; épaississement et déchirures des valves et des cordages tendineux; moins prononcés à gauche. Thrombose de l'artère pulmonaire droite, avec foyers de suppuration, d'infarctus, d'atélectasie dans le poumon droit.

L'intérêt de l'observation de Brieger consiste dans le fait d'une endocardite ulcéreuse, consécutive à un rhumatisme articulaire aigu, ayant amené la mort en deux mois et demi. ALBERT MATHIEU.

VII. — Pitt a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de rétrécissement mitral associé à la néphrite interstitielle chez des goutteux. Les signes de l'affection cardiaque sont loin d'être toujours nets : en général, l'accentuation du second bruit et le dédoublement des bruits sigmoïdes, sont plus constants que les souffles présystoliques et diastoliques : le souffle présystolique manque souvent.

Les relevés de l'hôpital de Guy depuis dix ans donnent 542 cas de mort par néphrite interstitielle. Sur ce nombre 33 (23 femmes et 10 hommes), étaient atteints de rétrécissement mitral, soit 6 0/0, tandis que le rétrécissement mitral n'entre que pour la proportion de 2 0/0 dans les relations avec les autres maladies. Le rhumatisme n'est pas toujours la cause de ces lésions : la grossesse et l'accouchement paraissent être l'origine de leur plus grande fréquence chez les femmes. H. R.

VIII. — L'insuffisance aortique peut être attribuée aux causes suivantes : 1° vice congénital; 2° traumatisme; 3° rhumatisme; 4° endo-

cardite par mycose; 5° athérome artériel; 6° myocardite; 7° arthritisme, goutte; 8° néphrite granuleuse; 9° tabes dorsal.

L'auteur cite un cas de rupture probable des valvules aortiques à la suite d'un effort musculaire. Au moment où il a observé le malade, il n'y avait que des signes de rétrécissement, ce serait le fait habituel, le rétrécissement succédant alors à l'insuffisance (?). Il passe ensuite en revue les diverses circonstances étiologiques que nous avons énumérées. L'insuffisance aortique est à peu près la moitié moins souvent le résultat du rhumatisme articulaire aigu, que l'endocardite mitrale. Dans l'athérome, c'est une conséquence de la lésion aortique, surajoutée aux effets de cette lésion. A propos du tabes dorsal, on peut se demander s'il y a un rapport entre la syphilis et l'insuffisance aortique ; la chose n'est pas démontrée.

Des divers signes de l'insuffisance aortique, le souffle du second temps est le plus important; il peut cependant manquer. Il peut faire défaut au début de la lésion et lorsqu'il existe simultanément des lésions siégeant aux divers orifices. Gerhardt a vu ce souffle manquer chez un athéromateux et chez un jeune malade atteint d'endocardite rhumatismale.

Chez les athéromateux, surtout, il arrive qu'on perçoive d'abord le second bruit fort et claqué, puis immédiatement après un souffle aspiratif.

Plus rarement on perçoit un souffle diastolique au foyer aortique sans trouver d'insuffisance à l'autopsie.

Le double ton de l'artère crurale peut se rencontrer en dehors de l'insuffisance aortique, chez les femmes enceintes et chez les saturnins.

L'insuffisance aortique d'origine endocardique peut guérir; la partie non malade des valvules pouvant subir une certaine expansion. En tout cas, c'est, de toutes les maladies du cœur, celle qui présente la période de compensation la plus longue, et par conséquent le pronostic le moins mauvais. A. MATHIEU.

IX. — Un maçon de 31 ans se présente à la Charité avec des phénomènes non douteux d'asystolie. On perçoit un souffle systolique à la pointe. Le pouls est bondissant, de sorte que l'on diagnostique une insuffisance aortique concomitante, bien que l'auscultation ne fasse pas entendre de souffle diastolique au foyer aortique. A l'autopsie on constate une hypertrophie considérable avec dilatation du ventricule gauche, une endocardite mitrale manifeste. Les valvules sigmoïdes sont épaissies, soudées les unes aux autres et rétractées. On constate sur l'une d'elles une excroissance qui fait l'office de soupape et oblitère complètement l'espace laissé entre les valves sigmoïdiennes trop étroites pour fermer par leur rapprochement l'orifice de l'artère. La valvule est suffisante. C'est un mode de guérison relative de l'insuffisance aortique. A. MATHIEU.

X. — Sur un cœur volumineux d'un vieil athéromateux, avec oblitération des coronaires, Letulle a trouvé l'explication de l'hypertrophie et de l'induration des parois cardiaques dans une infiltration de matière amyloïde, non seulement dans le tissu interstitiel et dans les parois des capillaires sanguins périfasciculaires, mais même dans l'épaisseur des cellules musculaires proprement dites. Le dépôt commençait régulièrement par la partie la plus centrale des îlots de cellules musculaires, qui est la partie la moins richement vascularisée et oxygénée. Les blocs amyloïdes de ces îlots englobaient un grand nombre de faisceaux primitifs; de plus nombre de cellules étaient

profondément infiltrées de pigment, indice d'une nutrition défectueuse et d'une dégénérescence de l'hémoglobine. Enfin toutes les artères et leurs ramifications présentaient une endartérite très accusée et une sclérose périartérielle.

Il y avait donc là une dégénérescence pseudo-hypertrophique.

Sur d'autres cœurs, atteints d'artérite des coronaires Letulle a relevé la formation de plaques atrophiques reconnaissables à leur ton gris rougeâtre, à leur mollesse, siégeant de préférence à la pointe des ventricules sur la paroi interventriculaire ou sur les colonnes charnues.

Au microscope on constate la disparition des fibres musculaires, le relâchement des travées conjonctives, séparées par des intervalles vides occupés par des capillaires très dilatés, et des amas pigmentaires brunâtres; sur les bords d'îlots on retrouve parfois une bordure incomplète de cellules musculaires non détruites, à noyau tuméfié et déformé, signe du processus irritatif que subit la cellule.

Dans aucun cas il n'a trouvé de dégénérescence graisseuse des cellules musculaires. Dans les plaques atrophiques récentes on distingue 3 espèces de noyaux distincts : les premiers fusiformes, allongés en série, appartiennent à l'endothélium des capillaires ; les autres, arrondis, souvent segmentés, sont des cellules lymphatiques en prise d'irritation proliférative ; enfin les derniers, tuméfiés, déformés, pâlis, entourés d'un bloc brunâtre, striés, sont ceux des cellules musculaires. Les fibres musculaires elles-mêmes sont écrasées, fusiformes, quelquefois fendillées, hyalines. Letulle admet que les gros vaisseaux lymphatiques du cœur, sous-épicardiques et interstitiels, sont un centre d'appel pour les lésions musculaires régressives; c'est autour d'eux que se voient en plus grand nombre les éléments nucléaires.

En résumé l'artérite des coronaires amène lentement une anémie régionale dont le résultat est l'anoxémie musculaire et les dégénérescences consécutives. La stase lymphatique amène une réplétion de déchets qui rendent la lymphe toxique, et c'est une seconde cause d'atteinte pour la vitalité musculaire. H. L.

XI. — L'observation de Kronig a un double intérêt ; elle montre en effet que les lésions congénitales de l'artère pulmonaire ne sont pas incompatibles avec une vie assez longue et qu'elles peuvent exister en l'absence de toute autre anomalie du cœur ou des vaisseaux.

Forgeron, âgé de 67 ans, ayant depuis sa jeunesse des palpitations qui ont graduellement augmenté depuis 12 ans et s'accompagnent parfois d'états d'angoisse ; depuis quelques mois, il a en outre de l'anasarque.

Cyanose des muqueuses contrastant avec la pâleur des téguments. Thorax d'emphysémateux. Augmentation de la matité du cœur, en haut et à gauche ; à la pointe, souffle systolique rude ayant son maximum sur la partie droite du sternum au niveau du 4e espace intercostal et se propageant surtout en haut et à gauche. Bruit diastolique de claquement au niveau du 2e espace intercostal droit, un peu en dehors de la ligne parasternale et au niveau de la carotide droite; pulsations visibles des vaisseaux artériels et veineux du cou.

Mort au bout de 2 mois d'observation.

A l'autopsie, adhérences fibrineuses récentes entre le péricarde et le cœur. Hypertrophie considérable du cœur. Au niveau de l'infundibulum pulmonaire, le ventricule droit présente un épaississement énorme de ses parois dû à une hyperplasie fibreuse de l'endocardite et des couches sous-jacentes ; verrucosités récentes à ce même niveau. Valvules tricuspides un peu indurées et rétractées. Etat normal des cloisons auriculaires et ventriculaires ainsi que du canal de Botal. Dilatation cylindrique de l'origine de l'aorte. Foie mus-

cade. Emphysème pulmonaire. Néphrite chronique interstitielle. Cystite chronique. Hypertrophie de la prostate. J. B.

XII. — L'auteur décrit des myomes striocellulaires ou rhabdomyomes trouvés dans le cœur d'un enfant de 2 mois, mort subitement :

A la face interne du ventricule droit, sous la valve gauche de l'orifice de l'artère pulmonaire, se trouvaient deux petites tumeurs très pâles, bosselées, bien circonscrites, ne dépassant pas le volume d'un grain de chènevis et constituant une saillie d'un millimètre, recouverte, du reste, par l'endocarde. Une tumeur un peu plus grosse existait au niveau de l'insertion de cette même valve, dans l'épaisseur de laquelle on le découvrait en faisant une section transversale. Ces petites productions avaient leur point de départ dans la paroi musculaire du ventricule droit. On en trouvait une autre plus importante, ovoïde, longue de 8 millimètres, et plongée dans le tissu musculaire. Enfin, de petits nodules existaient dans la cloison interventriculaire et dans la paroi antérieure du ventricule droit. Rien dans les parois du cœur gauche.

Quand on examine ces tumeurs à un faible grossissement, on les voit creusées d'une multitude de petites cavités ; elles sont donc constituées par un véritable tissu caverneux. Mais les travées de ce tissu sont en continuité avec les fibres musculaires du cœur. Ce sont non pas des fibres musculaires vraies, mais des agglomérations de cellules aplaties contenant un noyau volumineux, pourvues de prolongement et présentant, à un fort grossissement, une striation transversale très nette. Ces cellules musculaires circonscrivent les petites lacunes sans êtres revêtues d'endothélium. Les travées qu'elles forment contiennent un grand nombre de vaisseaux.

Ces tumeurs appartiennent donc à la variété très exceptionnelle des rhabdomyomes caverneux du cœur. Il n'en existait jusqu'ici que trois cas bien nets, ceux de Recklinghausen, Virchow et Hlava. Deux faits de Kautzow et Skreczka paraissent discutables. Ce sont des productions congénitales. L'auteur, en étudiant le cœur de plusieurs embryons, a trouvé sur certains points des lacunes qui rappellent celles de ses myomes ; ce fait fournit, d'après lui, la clef de leur pathogénie.

L. GALLIARD.

XIII. — L'intérêt de la thèse de M. Foubert consiste dans les nombreuses observations qui établissent péremptoirement la réalité des dilatations passagères du cœur, sous l'influence de conditions morbides multiples. L'auteur discute, à ce propos, non seulement les souffles d'insuffisance tricuspidienne, qui sont acceptés par tout le monde, mais ceux d'insuffisance mitrale. Il doute de leur réalité et tend à voir dans ces souffles de la pointe des variétés de bruits inorganiques, en rapport avec la distension du cœur et son influence sur le poumon. Naturellement la démonstration de ces faits est assez difficile à donner : l'auteur se sert de tracés de percussion qui, superposés à quelques jours d'intervalle sur les mêmes malades, donnent lieu à des variations notables. Du reste, cliniquement, il n'existe pas de signe qui permette de reconnaître qu'une augmentation du cœur sera passagère. La marche seule de la maladie le démontre. H. R.

XIV. — Bristowe, dans cet intéressant mémoire, attire l'attention sur des battements de cœur très précipités, qui se présentent par accès paroxystiques chez des personnes dont le cœur est sain, et qui ne semblent pas autrement malades. Cette affection est peu connue; il n'en a été publié que trois cas en Angleterre, ceux de Cotton, de Watson et d'Edmunds (*Brit. med. journ.*, 1856).

L'auteur rapporte 9 observations dans lesquelles ces attaques de palpitations étaient fort accentuées. Ces cas ne sont pas tous comparables. Tantôt le cœur bat rapidement, mais régulièrement ; d'autres fois, les palpitations sont en même temps irrégulières ; le plus ordinairement paroxystiques, elles peuvent persister parfois fort longtemps, des semaines et des mois ; ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elles débutent brusquement, à l'occasion d'une cause insignifiante, et cessent de même. Les pulsations cardiaques atteignent le chiffre de 200 à 300 par minute ; elles peuvent, chez le même sujet et dans la même attaque, être régulières ou se compliquer d'intermittences. Le pouls, dans ces cas, est toujours extrêmement faible et à peine perceptible.

L'étiologie de ces palpitations est obscure. Dans quelques cas, le surmenage physique du cœur doit être incriminé (efforts prolongés, course trop rapide) ; dans d'autres, les impressions morales étaient en cause : un des malades de Bristowe avait eu une insolation.

Y a-t-il corrélation entre ces faits et l'hystérie ou le goitre exophtalmique? L'auteur ne croit pas que l'hystérie ait rien à voir dans ces accidents ; quant à la maladie de Basedow, elle donne rarement lieu à de la tachycardie aussi prononcée, et, dans les cas signalés, sauf un, il n'y avait aucun symptôme du côté de l'œil ou du corps thyroïde.

Les troubles fonctionnels causés par ces crises sont très variables : parfois nuls, ils donnent lieu, d'autres fois, à des sensations d'angoisse, d'étouffement, de pâleur livide ou de cyanose, et même à des douleurs d'angine de poitrine. Le pronostic de l'accès, en général, est bénin ; mais, quand il se répète, le cœur se force, et la mort peut être subite, par syncope, ou lente, par asphyxie et anasarque progressives.

L'anatomie pathologique de ces cas est encore inconnue. Il peut y avoir sans doute association des crises paroxystiques avec des lésions organiques du cœur (obs. II de Bristowe) ; mais, en général, le cœur est sain. Dans un fait de mort subite suivie d'autopsie, on trouva le cœur quelque peu hypertrophié et dilaté, mais les valvules saines et le muscle normal. Les souffles systoliques que l'on entend parfois pendant les accès tiennent à des dilatations momentanées ventriculaires. Le trouble nerveux est le phénomène initial ; les désordres matériels du cœur n'en sont que la conséquence secondaire. Contre ces accidents, l'auteur conseille la digitale et le strophanthus, tout en reconnaissant que souvent la médication échoue. Il ne parle pas de l'opium, qui, dans un cas de ce genre, a donné de bons résultats à l'auteur de cet article.

H. R.

XV. — Un garçon de ferme, âgé de 26 ans, raconte que, depuis dix-huit mois, à la suite d'une frayeur, il a éprouvé souvent une douleur violente à la poitrine avec des palpitations. Depuis quinze jours les accès se manifestent à l'occasion du moindre effort et rendent tout travail impossible.

7 décembre 1885. Corps thyroïde un peu hypertrophié, peu d'ophthalmie. Pupilles égales. La matité du cœur dépasse de 4 centimètres le bord droit du sternum. Dans le décubitus dorsal, on compte 80 pulsations. Au moment où on fait asseoir le malade pour l'ausculter en arrière, la tachycordie commence ; pouls radial filiforme, incomptable ; on compte 256 contractions cardiaques ; 40 respirations par minutes. Légère cyanose de la face. Au bout de 10 minutes, l'accès cesse brusquement ; 120 pulsations, au bout de 30 minutes, 80 pulsations : Après l'accès le sujet est très abattu.

On note l'hypertrophie énorme du foie qui a 18 centimètres de hauteur; légère tuméfaction de la côte. Un peu d'ascite. Pas d'albuminurie.

Le 8 décembre le sujet se lève pour aller à la selle : accès durant 30 minutes, cyanose, 260 contractions cardiaques. Traitement : repos absolu, stimulants pendant les accès.

Le 16 décembre. On présente le malade à la clinique : Deux accès consécutifs. Sulfate de quinine 0,50 centigrammes.

A partir de ce jour, accès fréquents ; citrate de caféine sans effet notable. On prescrit l'infusion de digitale pendant huit jours : les accès ne se reproduisent plus. L'urine augmente, l'ascite disparaît, le foie diminue.

Le 27 février le malade quitte l'hôpital et retourne à son travail (p. 60 à 68).

Il revient en juin 1886. Digitale. Pas de grand accès. Séjour à l'hôpital pendant deux semaines.

Au bout de six semaines palpitations, accès modérés, cessant dans le décubitus dorsal.

Le 3 septembre 200 pulsations ; l'accès se termine dès que le malade se couche. Dans d'autres accès, 240 à 248 pulsations. Le 15 septembre, 272 pulsations, injection de morphine, cinq accès en trois heures avec cyanose. On reprend la digitale jusqu'au 25. L'effet est favorable. Le 19 octobre le malade part.

Le 8 août 1887 le malade est bien; il n'a pas eu d'accès depuis onze mois. Pouls irrégulier dicrote, foie plus petit ; le cœur semble hypertrophié légèrement à droite.

Il y avait probablement là un certain degré de dilatation du cœur droit, mais la tachycardie doit être attribuée à une paralysie du pneumogastrique. L. GALLIARD.

XVI. — Korczynski a assisté à la production subite d'une embolie de l'artère coronaire gauche, chez une malade atteinte de double lésion de l'aorte avec myocardite fibreuse. Le diagnostic fait au moment même de l'ictus a été vérifié par l'autopsie. Voici sur quels signes il était basé :

Accès angineux subit, ralentissement du pouls sans modification de son rhythme, affaiblissement unilatéral des bruits ou souffles du cœur, extension vers le haut de la matité cardiaque. Le pouls va en se ralentissant de plus en plus, la connaissance reste intacte, la respiration n'est ni accélérée ni pénible; pas d'hémoptysie, pas d'œdème pulmonaire, pas de cyanose ni de pâleur de la face. Comme symptômes terminaux, perte de connaissance, dilatation pupillaire, pâleur de la face, secousses convulsives, pouls de plus en plus lent, alors que de profondes inspirations se produisent encore. Mort en quelques minutes. A. CHAUFFARD.

I. — Traité de l'angine de poitrine, par GÉLINEAU (1 *vol. in*-8 *de* 600 *p.*. *Paris*, 1887).

II. — On pulsating aorta, par SIDNEY PHILLIPS (*Brit. med. journ.*, *p.* 762, *octobre* 1887).

III. — Su di un caso di aneurisma dell'aorta toracica curato colla corrente elettrica, par BALP (*Rivista clinica*, *p.* 435, *juin* 1887).

IV. — Sopra un caso di aneurisma embolico dell'arteria mesenteria superiore, par MARCHIAFAVA et MARIOTTI (*La Riforma medica*, 25 *août* 1887).

V. — Zur Kenntniss der embolischer Aneurysmata, par PEL (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *p.* 327).

I. — Après avoir contribué, l'un des premiers, à faire connaître l'angine de poitrine d'origine tabagique, il y a près de 30 ans, M. Gélineau

est revenu sur ses études de prédilection, et nous donne aujourd'hui un traité complet sur la matière.

L'auteur admet deux grandes classes d'angine de poitrine, suivant qu'elle dépend de causes non organiques ou de lésions cardio-artérielles.

Dans la première classe, il admet quatre sous-ordres, qui sont :

a) L'*angor névralgique*, d'origine tantôt traumatique (blessures des nerfs et traumatisme de l'accouchement [?]), tantôt purement fonctionnelle, au même titre que les névralgies en général.

b) L'*angor névrosique*. Ici se rangent les angines de poitrine dépendant des grandes névroses, épilepsie, hystérie, hypocondrie, maladie de Basedow. A côté de ces formes, l'auteur place les accès angineux que l'on observe chez les dyspeptiques et les anémiques, ainsi que l'angine de poitrine vasomotrice. Nous croyons qu'il y aurait quelques réserves à faire au point de vue de cette dernière, dont le mécanisme peut être commun à bien des causes différentes.

c) L'*angor diathésique*. Ce sont celles qui se montrent chez les arthritiques, les herpétiques, les syphilitiques et les diabétiques. Ici, encore, elles peuvent être de natures différentes, et reconnaître pour origine une véritable lésion vasculaire.

d) L'*angor toxique*. Ce sont celles, chaque jour plus nombreuses, qui sont causées par le tabac, l'alcool, le thé, le plomb, le mercure, etc.

En regard de ces angines de poitrine fonctionnelles, l'auteur étudie celles qui s'accompagnent de lésions véritables, et ici il distingue :

1° Celles qui dépendent des lésions des vaisseaux du cœur (aortite aiguë ou chronique, artérite des artères coronaires ;

2° de lésions des nerfs du cœur (névrite cardiaque des artérioscléreux, des rhumatisants, etc.).

3° de lésions du péricarde ;

4° de lésions du myocarde.

Toutes ces variétés sont étudiées, non seulement dans leurs causes, mais dans leurs symptômes et leur diagnostic différentiel, avec un luxe de pièces justificatives véritablement considérable, puisque les observations citées sont au nombre de 172. L'auteur est éclectique et comme Huchard, dont il relève au point de vue de la tendance d'esprit, il admet plusieurs mécanismes de l'accès. Ce travail est le plus complet qui ait paru sur la matière, il n'a qu'un défaut, c'est d'être trop touffu et de ne pas toujours mettre en relief suffisamment les grandes lignes du tableau. H. R.

II. — Sidney Philipps rapporte sept cas de battements épigastriques de l'aorte accompagnés de troubles fonctionnels très intenses. Il insiste sur la fréquence de la douleur abdominale et ses irradiations xyphoïdiennes et vertébrales : sur la coexistence fréquente des hémorrhagies intestinales et des pulsations aortiques, sur la présence d'une tumeur abdominale pulsatile, formée par des anses intestinales distendues par des gaz et momentanément paralysées, apparence qui simule volontiers un anévrisme. Parmi les autres symptômes concomitants, il faut encore signaler la sécheresse de la bouche et de la langue, la contraction des pupilles et quelquefois la mydriase, indice de troubles du grand sympathique.

Les pulsations aortiques se rencontrent très fréquemment, surtout

chez les hommes d'un certain âge : elles peuvent être symptomatiques de tumeurs abdominales, ou l'expression de pures névroses. Elles sont souvent d'origine réflexe et dépendent alors d'un trouble gastrique ou intestinal. L'état goutteux des sujets n'est peut-être pas sans influence : on peut se demander si quelquefois il n'y a pas une véritable artérite. L'iodure et le bromure de potassium paraissent indiqués pour le traitement de cette affection. H. R.

III. — Balp rapporte une observation d'anévrisme de l'aorte traité par l'application externe de courants électriques forts suivant la méthode de Galeazzi et Vizioli (pôle positif terminé par un large excitateur sur l'anévrisme; pôle négatif placé sur un point indifférent du corps).

Au bout d'un mois de traitement, les symptômes douloureux et la dyspnée qui étaient très marqués avaient disparu, et le malade pouvait quitter son lit. A la fin du deuxième mois, il pouvait faire tous les jours une promenade hors de l'hôpital. Le cinquième mois, on voulut suspendre les applications électriques ; mais les symptômes du début reparurent, très atténués, il est vrai. La reprise du traitement les fit disparaître.

Mais, au bout de quelque temps, la dyspnée revint et ne disparut plus : il survint du catarrhe bronchique diffus, de l'œdème des extrémités inférieures; puis des symptômes d'infarctus hémorragique, et finalement un érésipèle gangréneux : le malade succomba.

A l'*autopsie*, on put constater que l'*anévrisme était guéri*, car il était rempli par des coagulations fibrineuses très anciennes, d'une épaisseur de 3 à 4 centimètres, et disposées en couches stratifiées, correspondant à la paroi thoracique. Les phénomènes mortels provenaient de la situation de la tumeur qui comprimait le ventricule droit et des adhérences qui le reliaient au poumon et au péricarde, d'où des troubles graves dans la circulation du cœur droit. L. GREFFIER.

IV. — Il s'agit d'un malade atteint d'insuffisance aortique. Un jour, il se plaint d'une douleur violente dans la région épigastrique, s'irradiant à tout l'abdomen, survenue d'une façon brusque. Vomissements. Depuis la veille, pas de selles; tuméfaction uniforme du ventre; la palpation n'augmentait pas notablement la douleur; tympanisme. Mort le troisième jour.

On pensa à une embolie de l'artère mésentérique supérieure, quoiqu'il n'y eût pas de diarrhée sanguinolente.

L'autopsie donna un démenti au diagnostic et prouva qu'il s'agissait d'*un anévrisme* de cette artère, et que cet anévrisme était d'origine embolique.

Lorsque la diarrhée sanguinolente n'existe pas, le diagnostic différentiel est impossible. L. GREFFIER.

V. — Chez un tuberculeux atteint d'endocardite aiguë avec principales déterminations sur la valvule mitrale, Pel vit apparaître brusquement un anévrisme de la mésentérique supérieure, puis, quelque temps après, de la fémorale droite. En faveur de l'origine embolique de ces anévrismes, il observait, de plus, des embolies multiples du cerveau et du rein.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique. Les embolies étaient simples, sans calcification. Elles avaient agi en déterminant une endartérite qui, débutant par la tunique interne, s'était propagée à la tunique moyenne dont elle avait détruit les éléments élastiques. La paroi devenue ainsi moins résistante s'était laissé distendre. M. DEBOVE.

I. — Zur Diagnostik des Magencarcinoms, par Ottomar ROSENBACH (*Centralbl. f. kl. Med.*, *p.* 585, 1887).

II. — Magenkrebs mit Durchbruch nach aussen (Cancer de l'estomac ouvert à l'extérieur), par O. FRÄNTZEL (*Charite Annalen*, *p.* 312, 1887).

III. — Verhalten der Salzsäure in carcinomatösen Magen (L'acide chlorhydrique dans le suc gastrique de l'estomac cancéreux), par HONIGMANN et NOORDEN (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XIII*, *p.* 87).

IV. — Die Säuren in carcinomatösen Magen (Présence d'acide chlorhydrique dans l'estomac cancéreux), par CAHN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 351, *mai* 1887).

V. — Neue Method zum nachweis, etc. (Méthode nouvelle pour la recherche d'HCL dans le contenu de l'estomac, par EWALD (*Ibidem*, *p.* 916, *novembre* 1887).

VI. — Ueber das Fehlen der freien Salzsäure im Mageninhalt (Absence d'Hcl, libre dans l'estomac non cancéreux), par L. WOLFF et EWALD (*Ibidem*, *p.* 546, *juillet* 1887).

VII. — Ueber Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes, par R. von der VELDEN (*Sammlung klin. Vorträge*, *n°* 280).

VIII. — Ueber Vomitus hyperacidus, etc. (Etat de l'urine en cas de vomissements acides), par M. ROSENTHAL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 505, *juillet* 1887).

IX. — Ueber Magensäuren bei Amylacenkost (Des acides de l'estomac dans l'alimentation amylacée), par Th. ROSENHEIM (*Centralbl. f. kl. Med.*, *n°* 46, 1887).

X. — Beiträge zur Therapie und Diagnostik der Magenkrankheiten, par CZYRNIANSKI (*Wien. med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 897, 1887).

XI. — Contribuzione allo studio anatomo patologico della cirrosi gastrica, par Arnaldo VITI (*Boll. della Soc. tra il cultori di Sc. med.*, *V*, 1887).

XII. — Experimentelle Beitrag zur Ætiologie der Magengeschwüre (Étiologie expérimentale des ulcères gastriques), par J. DECKER (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 369, *mai* 1887).

XIII. — Ueber die Magenschnürfurche und die Ursache des chronischen Magengeschwürs (Les sillons de l'estomac envisagés comme cause de l'ulcère rond), par J. RASMUSSEN (*Centralbl. f. die med. Wiss.*, 1887).

XIV. — Étude clinique sur l'ulcère simple du duodénum, par BUCQUOY (*Arch. gén. de méd.*, 1887).

XV. — Ueber Verengerungen des Magens durch Knickung, etc. (Rétrécissement de l'estomac par brides cicatricielles), par D. HACKER (*Wien. med. Woch. n°* 37, 1887).

XVI. — Beitrag zur percutorischen Bestimmung der Magengrenzen (Détermination des limites de la sonorité gastrique), par PACANOWSKI (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XL*, *Heft* 4, *p.* 342).

XVII. — Ueber der Zusammenhang von Erkrankungen, etc. (Rapports de la dilatation de l'estomac et de l'ectopie rénale), par LITTEN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 333, *mai* 1887).

XVIII. — Sur une forme exceptionnelle de dilatation de l'estomac, par DANLOS (*Soc. méd. des hôp.*, 24 *août* 1887).

XIX. — De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac, par DUCHON-DORIS (*Thèse de Paris*, 1887).

XX. — Ueber Verhalten der Chloride im Harn bei Magenkrankheiten (Les chlorures de l'urine dans les affections stomacales), par Anton. GLUZINSKI (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 983, *décembre* 1887).

XXI. — Ein Fall von Pyopneumothorax Subphrenicus, par PUSINELLI (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 362, *mai* 1887).

XXII. — Chronic hypertrophic cirrhosis of the stomach, par H. F. FORMAD (*Boston med. Journ.*, 6 *octobre* 1887).

I. — D'après les recherches de Rosenbach, pour apprécier la valeur peptonisante d'un suc gastrique, il suffit de constater nettement la réaction du biuret ; d'autre part, avec un suc dépourvu d'acides libres, on ne peut obtenir de digestions artificielles ; quant aux réactions colorées, leur résultat positif ou négatif ne peut servir de base au diagnostic du cancer de l'estomac. La plupart, sinon la totalité des cas d'hypersécrétion de suc gastrique acide, relèvent de l'insuffisance mécanique de l'estomac, par occlusion pylorique ou atonie musculaire des parois. Enfin, on ne peut juger de la valeur digestive d'un suc gastrique, qu'en allant le chercher pur et à jeun au moyen de la sonde, ou après ingestion d'eau froide ou de substances difficilement digestibles telles que le gruau. A. CHAUFFARD.

II. — Il s'agit dans le cas de Fräntzel d'un homme de 57 ans, qui présentait des symptômes attribuables à un cancer de l'estomac. Il se fit à droite de l'appendice xyphoïde au creux épigastrique une grosseur fluctuante qui acquit les dimensions d'une tête d'enfant. Elle était remplie d'un pus fétide, ainsi que le montrèrent une ponction aspiratrice et une incision. A l'autopsie, cancer du pylore ulcéré dont l'ulcération communiquait avec la poche purulente ; épanchement séro-hémorragique à la base des deux plèvres ; péricardite plastique avec 100 grammes de liquide. A. MATHIEU.

III. — En examinant le suc gastrique recueilli au plus fort de la digestion dans un estomac cancéreux, on trouve, après avoir éliminé les acides organiques, un résidu faiblement acide. Ce résidu agit sur le papier de tournesol, mais ne donne pas les réactions ordinaires de coloration avec le violet de méthyle et ne digère pas l'albumine.

Il est cependant constitué par de l'acide chlorhydrique. Mais cet acide chlorhydrique n'est pas libre ; il est à l'état de combinaisons acides avec les matières albuminoïdes. On peut l'en séparer par la sonde et de cette façon le titrer. C'est par suite de cette combinaison qu'on n'obtient pas la réaction avec le violet de méthyle et la digestion des matières albuminoïdes. L'intensité de ces deux phénomènes dépend de la proportion entre l'acide chlorhydrique et les produits de digestion ; dans le carcinome du pylore les produits de digestion, les peptones ne sont pas augmentés, mais il y a diminution de l'acide chlorhydrique libre ; aussi ne se produisent-ils pas.

Jamais, dans le suc gastrique de l'estomac cancéreux, on ne trouve comme cela a lieu pour la dilatation simple, d'acide chlorhydrique libre même au plus fort de la digestion. L'absence de la réaction avec le violet de méthyle et de la digestion de l'albumine garde donc sa valeur pour le diagnostic du cancer. M. DEBOVE.

IV. — Cahn s'est servi, d'abord, comme réactifs, des acides de l'estomac, du rouge Congo qui bleuit sous l'influence de l'acide, et du violet de méthyle. Il a constaté que l'un et l'autre perdent leur efficacité en présence de peptones : 1 0/00 d'acide chlorhydrique ne peut plus être décelé par le rouge Congo en présence de 2 0/0 de peptone, ni par le violet de méthyle, en présence de 4 0/0 de peptone.

Néanmoins, dans ces circonstances, le procédé de Bidder et Schmidt révèle encore l'existence d'acide chlorhydrique. Chez une femme atteinte de cancer de l'estomac, le rouge Congo donnait la réaction caractéristique quand on examinait le contenu stomacal à jeun, tandis que, durant la digestion, la réaction manquait à cause de la présence de peptones. Dans un cancer de l'estomac, Cahn a même constaté une suracidité avec 3 0/00 d'acide chlorhydrique.

Cahn est d'avis que ces troubles produits par le cancer pylorique sont purement mécaniques et non le résultat d'une altération de la sécrétion gastrique.

Dans la discussion, *Riegel* fait remarquer qu'il n'a jamais prétendu que, dans les estomacs cancéreux, il ne se trouve pas de traces d'acide chlorhydrique libre ; il a toujours dit seulement qu'on ne peut en déceler la présence par les réactifs habituels. Pour un cas que Cahn pourra citer comme ayant offert la réaction de l'acide, Riegel lui en opposera 100 contraires ; aussi persiste-t-il dans son opinion que l'absence de réaction a une grande importance diagnostique. J. B.

V. — Le procédé de Günzburg, pour rechercher la présence de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac, repose sur le fait que l'addition de cet acide à une solution alcoolique composée de 2 parties de phloroglucine pour 1 de vanilline, donne lieu à des dépôts cristallins d'un rouge vif superbe. Lorsqu'il s'agit de solutions très diluées d'acide chlorhydrique, on emploie à parties égales (quelques gouttes) le liquide qu'on veut examiner et le réactif de Günzburg et on les évapore lentement à feu doux. Au bord de la surface d'évaporation, se produit une efflorescence d'un beau rouge rose qui est, avantage précieux, reconnaissable même à la lumière artificielle.

Le réactif de Günzburg est beaucoup plus délicat que les autres, que la tropéoline notamment dont la sensibilité s'arrête à 1 ou 2 0/00 d'acide, tandis que le procédé de Günzburg permet d'en reconnaître la proportion de 5 centièmes 0/00.

Il n'y a pas à s'inquiéter de la coexistence des acides organiques tels que l'acide lactique, car ils n'exercent aucune influence sur la réaction. Il en est de même des peptones et des substances albuminoïdes. J. B.

VI. — Wolff et Ewald relatent 8 cas d'absence dûment constatée de l'acide chlorhydrique dans le contenu stomacal, chez des personnes déjà âgées et non atteintes de cancer de l'estomac ; 6 même d'entre elles ne présentaient aucun trouble gastrique.

De ces observations, ils concluent :

1° L'acide chlorhydrique peut manquer dans le contenu de l'estomac, même après l'administration d'acide chlorhydrique, sans qu'il existe d'affection manifeste de cet organe.

2° L'acide chlorhydrique manque dans des maladies de l'estomac autres que le cancer.

3° Il est même des cas où l'estomac a perdu aussi ses propriétés peptonifiantes sans qu'il soit atteint de cancer. J. B.

VII. — L'hypersécrétion est, on le sait, la présence d'acide chlorhydrique en excès dans le suc gastrique pendant la digestion; dans l'hyperacidité, il y a excès permanent d'acide, même dans l'intervalle des repas, même à jeun, au réveil. Von den Velden rapporte d'abord 3 cas d'hypersécrétion. Les phénomènes sont assez semblables à ceux qui caractérisent la gastroxynsis de Rossbach (gastroxie de Lépine): maux de tête, lourdeur, congestion surtout après les repas; pesanteur et même douleur au creux épigastrique; vomissements acides survenant en moyenne trois ou quatre heures après les repas. Le suc gastrique est d'une acidité marquée, riche en acide chlorhydrique. Le matin à jeun, l'estomac est vide. Dans 2 des cas qu'il rapporte, il y aurait eu catarrhe de l'estomac, aigu ou chronique (les raisons d'admettre ce catarrhe ne nous paraissent pas impérieuses); dans le troisième, il y avait ulcère rond. L'auteur cite à propos de l'hypersécrétion trois autres cas d'ulcère rond.

Il semble que ce soit la règle que de constater une acidité exagérée du suc gastrique dans l'ulcère rond de l'estomac. On est même amené à penser que cette acidité joue un rôle dans sa pathogénie. C'est un argument en faveur de la théorie de l'auto-digestion. L'hyperacidité et l'hypersécrétion souvent considérées comme des phénomènes d'origine névropathique, amènent donc tout un complexus symptomatique, qui se rencontre également au cours d'affections diverses de l'estomac.

Certains malades se trouvent bien d'une cure alcaline, des eaux de Carlsbad en particulier; chez quelques-uns on échoue par tous les procédés, ou du moins on n'obtient qu'un soulagement passager. Un malade, au moment des accès, était soulagé par l'absorption d'une cuillerée à bouche de glace pilée; un autre par le lavage de l'estomac fait avec de l'eau chaude. A. MATHIEU.

VIII. — Dans l'état de suracidité du suc gastrique, souvent accompagné de cardialgie et de vomissements opiniâtres qu'on observe à la suite de surmenage intellectuel, de violentes émotions ou de migraine, les chlorures de l'urine sont considérablement diminués, tandis que les phosphates terreux sont abondants.

Comme phénomènes nerveux concomitants, on note de la céphalalgie, de la rachialgie périodique avec points douloureux autour de l'épaule gauche, au niveau des espaces intercostaux inférieurs et de l'épigastre; un appétit capricieux, des renvois acides, de l'excitabilité psychique, un rapide épuisement de l'énergie musculaire et de l'exagération des réflexes rotuliens, les phénomènes d'anémie et de neurasthénie sont prédominants.

Au point de vue du traitement, il est très important de ne pas confondre l'acidité exagérée du suc gastrique qui tient à une hypersécrétion d'acide chlorhydrique avec la dyspepsie acide due à la formation immodérée d'acides organiques résultant d'une fermentation anormale du contenu stomacal. Dans la dyspepsie acide, il est indiqué d'administrer l'acide chlorhydrique à hautes doses parce que, d'après Paschutin, il arrête énergiquement la fermentation butyrique. Rosenthal a eu également à se louer des effets du salicylate de soude prescrit à doses cons-

tantes avec un peu de bicarbonate de soude pour en faciliter la digestion.

Au contraire, contre la suracidité vraie du suc gastrique, c'est aux alcalins que l'on doit avoir recours. Ewald préconise un mélange de carbonate de potasse et de bismuth pris après le repas, tandis que Rosenthal a obtenu quelques succès à l'aide du bromure de sodium (3 à 4 grammes avec 1 gramme de bicarbonate de soude) pris matin et soir, combiné avec un traitement hydrothérapique. J. B.

IX. — Ewald et Boas ont annoncé qu'après l'absorption de 60 grammes de pain blanc avec de l'eau, chez des individus sains à jeun, on trouvait rapidement de l'acide lactique de fermentation dont la quantité augmentait pendant la première demi-heure; plus tard, jusqu'au moment où l'estomac était complètement vidé, il n'y avait plus que de l'acide chlorhydrique; au contraire, après ingestion d'amidon, on ne trouvait que de l'acide chlorhydrique. Rosenheim, en employant les procédés de recherche de l'acide chlorhydrique plus exacts de Cahn et Mering, a obtenu des résultats à peu près exactement opposés. Après ingestion de 50 grammes de pain blanc et de 150 grammes d'eau, il a trouvé, après 15 minutes, 0,3/00 d'acide chlorhydrique; après 30 minutes, 1 0/00; l'acide lactique est du début à la fin à peu près au même taux, 0,3 0/00. Après l'ingestion de carbures d'hydrogène pris dans l'estomac à jeun (25 grammes d'amidon × 5 grammes de sucre dans 200 grammes d'eau, en décoction), on trouvait seulement 0,2 0/00 d'acide chlorhydrique au bout d'une heure et 0,2 0/00 également d'acide lactique. A. MATHIEU.

X. — Czyrnianski décrit d'abord une pompe stomacale qu'il a imaginée; nous renvoyons au mémoire original pour les détails de construction de cet appareil.

A l'aide de ce procédé, l'auteur a pu évaluer la quantité d'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac d'un malade. A cet effet, il lave et vide complètement la cavité stomacale, puis il y introduit une solution d'albumine (50 gr.) dans 250 grammes d'eau distillée. On retire le tube, le malade reste au repos pendant une heure. Au bout de ce temps, on introduit de nouveau le tube; on fait une première analyse du liquide retiré, puis on injecte 200 grammes d'eau distillée dans l'estomac; on retire une nouvelle quantité qu'on soumet à l'analyse. A l'aide de la formule $J = a + b\frac{n}{m-n}$, on peut évaluer tout le contenu de la cavité stomacale; a est la quantité retirée pour la première analyse, b représente les 200 grammes ajoutés, m la quantité d'acide 0/0 de la première analyse, n la quantité de la deuxième analyse.

Si on multiplie J, le chiffre qui représente le contenu stomacal avec m, on obtient la teneur en acide chlorhydrique. BARBE.

XI. — Le fait de Viti concerne un vieillard de 68 ans, profondément misérable, quelque peu alcoolique, qui succomba à la clinique de Sienne, avec des symptômes de bronchite chronique et d'artériosclérose. L'estomac présentait des lésions particulières. Il était beaucoup plus petit qu'à l'état normal, épaissi et rétracté sur lui-même, sans qu'il y eût de néoplasme ni de rétrécissement pylorique. Le point maximum de l'épaississement siégeait à la grosse tubérosité : la région pylorique était plus amincie.

L'examen histologique montra des lésions de sclérose diffuse, disséminées

à des degrés différents, à toute l'étendue de l'estomac; la grosse tubérosité était le point le plus malade, et de là les lésions s'atténuaient jusqu'au pylore, où elles atteignaient leur minimum. L'altération portait presque exclusivement sur la muqueuse gastrique; contrairement à ce que l'on eût pu croire, il n'y avait aucune hypertrophie de la tunique musculeuse, mais la muqueuse présentait un épaississement énorme par prolifération du chorion et par suite du développement des fibres musculaires de la muqueuse (muscularis mucosœ).

La séreuse n'offrait aucune altération. H. R.

XII. — La fréquence reconnue de l'ulcère simple de l'estomac chez les cuisinières a fait penser qu'elle pouvait s'expliquer par l'habitude professionnelle de goûter des mets brûlants. Decker a eu l'idée de vérifier expérimentalement la justesse de cette hypothèse. Au moyen de la sonde, il a introduit dans l'estomac de deux chiens préalablement anesthésiés, une petite quantité d'une bouillie portée à la température de 50 degrés. A quelques jours d'intervalle, il a répété la même expérience quatre fois chez l'un de ces animaux et huit fois chez l'autre. Ces chiens ont très bien supporté l'opération et aussitôt réveillés, ils n'ont présenté aucun trouble. Decker les a sacrifiés par une chloroformisation prolongée et en a fait aussitôt l'autopsie.

Chez le premier d'entre eux, la muqueuse gastrique avait son aspect normal, sauf dans l'étendue de 1 centimètre au voisinage de la petite courbure où, en un point plus rapproché du pylore que du cardia, se voyait une plaque d'hyperémie que le microscope montra due à une extravasation sanguine entre les tuniques muqueuse et musculeuse.

Le second animal (qui avait été l'objet d'un nombre double d'expériences) offrait des lésions stomacales plus caractéristiques. Outre une rougeur catarrhale occupant par places la muqueuse, il se trouvait, à la face postérieure, une partie rouge sombre, d'une étendue un peu inférieure à celle d'une pièce de 20 pfennigs; la muqueuse correspondante était filamenteuse et ratatinée, et l'examen microscopique y fit reconnaître l'existence d'une hémorragie entre la muqueuse et la musculeuse et un peu de décollement de la muqueuse. De plus, au niveau du pylore, se voyaient côte à côte deux pertes de substance lisses infundibuliformes, à bords nettement découpés, présentant en un mot, déjà à l'œil nu, tous les caractères d'un ulcère rond. L'examen microscopique confirma cette ressemblance en montrant une distinction complète des tuniques muqueuse et musculaire. En résumé, en réunissant les résultats des deux autopsies, on possède l'ulcère gastrique à ses trois stades de développement : chez le premier chien, infiltration hémorragique avec intégrité de la muqueuse ; chez le second, en un point, même infiltration hémorragique mais avec altération de la muqueuse qui est filamenteuse, atrophiée et décollée, tandis qu'en deux autres points (et fait curieux, précisément au siège habituel de l'ulcère rond chez l'homme), il y avait destruction complète des deux tuniques internes. J. B.

XIII. — Il existe sur la face antérieure de l'estomac un sillon qui, commençant environ à la moitié de la petite courbure, un peu plus près du pylore, descend à peu près perpendiculairement sur la grande courbure : cette dépression correspond au rebord des fausses côtes. Il existe à ce niveau un épaississement marqué de la séreuse ; quelquefois même des adhérences. La muqueuse à ce niveau paraît un peu atrophiée.

Parfois il existe un sillon analogue sur le côlon transverse au niveau de sa courbure splénique. Rasmussen a souvent rencontré des cicatrices d'ulcère rond précisément sur le trajet de ce sillon, chez les vieillards d'un hospice de Copenhague. D'autres médecins de la même ville ont observé la même chose. Les cicatrices d'ulcère simple seraient souvent symétriquement placées à la paroi antérieure et à la paroi postérieure de l'estomac, sur le trajet de ce resserrement. C'est à ce resserrement dû à la pression exercée par les fausses côtes qu'il faudrait attribuer la production de l'ulcère. La pression du foie pourrait avoir une action analogue. C'est la théorie de la nécrose par pression. A. MATHIEU

XIV. — Le siège de prédilection des ulcères du duodénum est la première portion de ce viscère. Ils ne sont presque jamais distants de plus d'un à trois centimètres du pylore. Ils offrent les caractères ordinaires de l'ulcère simple de l'estomac. Les perforations sont très communes. Quelques faits montrent la possibilité de la guérison, mais celle-ci est exceptionnelle.

L'ulcère du duodénum est beaucoup moins fréquent que celui de l'estomac (10 0/0 seulement dans la statistique de Trier).

Il s'observe surtout à l'âge adulte ; contrairement à l'ulcère de l'estomac, il est plus commun chez les hommes que chez les femmes et cela dans la proportion de 5 pour 1. Parmi les causes immédiates, l'alcoolisme est souvent signalé. Les brûlures, l'érysipèle donnent lieu à des ulcérations du duodénum qu'il faut distinguer soigneusement de l'ulcère vrai.

La pathogénie de l'ulcère simple du duodénum n'a rien de spécial. Tout ce qui a été proposé pour expliquer la formation de l'ulcère simple de l'estomac peut lui être appliqué.

L'ulcère du duodénum a presque toujours une marche insidieuse. Souvent, il reste latent. Quand il se traduit par des symptômes appréciables pendant la vie, le plus important de ces symptômes est l'hémorragie intestinale s'accompagnant souvent d'hématémèse. Le plus souvent la perte de sang par l'intestin est soudaine et abondante. Le second symptôme est la douleur, sensiblement accrue par les mouvements un peu violents et surtout par l'ingestion des aliments. Celle-ci est ordinairement circonscrite à la région duodénale. Jamais on n'a noté ni les points dorsaux ou lombaires, ni le point xiphoïdien si fréquent dans l'ulcère gastrique.

Les vomissements sont fréquents et reconnaissent des causes variables; deux méritent une mention spéciale: le voisinage du pylore et le rétrécissement de cet orifice consécutif à la cicatrisation d'un ulcère du duodénum.

La conservation de l'appétit est un signe des plus importants.

L'ictère a été souvent noté.

La terminaison de beaucoup la plus fréquente est la perforation duodénale et la péritonite suraiguë, qui en est la conséquence.

L'hémorragie intestinale peut être assez abondante pour emporter le malade.

Le diagnostic, difficile quand la maladie ne se traduit que par la perforation terminale, est relativement facile quand elle s'accuse par les signes indiqués par l'auteur. L'hémorragie intestinale a une importance

de premier ordre; elle permet de soupçonner immédiatement l'ulcère du duodénum.

Le régime lacté est le moyen de traitement le plus précieux. Toutefois il ne sera prescrit d'une manière exclusive qu'au moment où se manifestent des accidents aigus et en particulier des hémorragies.

On se trouvera bien d'associer au lait des préparations alcalines (eau de chaux, bicarbonate de soude, etc.). RICHARDIÈRE.

XV. — Hacker insiste d'abord sur la difficulté que l'on éprouve à reconnaître la nature d'une tumeur stomacale lorsqu'on a pratiqué la laparotomie; dans ce cas, trois caractères peuvent se présenter : *a*) il s'agit d'un carcinome de pylore facilement reconnaissable; *b*) il y a des brides cicatricielles qui produisent la sténose ; *c*) il y a une tumeur du pylore d'une nature inconnue. Le microscope seul peut, dans bien des cas, faire connaître la nature de la tumeur.

Dans le premier cas, on doit opérer, pourvu que la tumeur soit bien limitée et qu'il n'y ait pas de ganglion engorgé. Dans le second cas, les brides cicatricielles peuvent occuper une partie de la circonférence du pylore; le plus souvent, il s'agit de cicatrices à la suite d'un ulcère rond, rarement de rétrécissement succédant à l'ingestion d'acide sulfurique ou d'autres substances corrosives ; la tuberculose du pylore a été observée dans un cas par Hattute. Des adhérences avec les organes voisins, des reliquats de péritonite dus à une inflammation survenue dans le voisinage d'un ulcère de l'estomac ou pour toute autre cause peuvent amener la sténose du pylore : à ce propos, l'auteur cite l'observation d'une femme chez laquelle Billroth fit la laparotomie pour une tumeur du pylore, et l'on trouva une coarctation du pylore à la suite d'adhérences survenues entre cet organe et la vésicule biliaire pleine de calculs ; la malade mourut de péritonite le lendemain de l'opération.

L'auteur doit à l'obligeance du professeur Kundrat l'observation d'une femme qui mourut avec tous les signes d'une sténose du pylore, et qui présenta à l'autopsie des adhérences autour du pylore consécutives à une ancienne péritonite qui avait eu son point de départ dans le petit bassin.

Dans de tels cas, il suffit de diviser les adhérences pour voir le pylore reprendre sa place et ses dimensions ordinaires. Il sera bon de s'assurer, après cela, que le pylore est bien libre ; il suffira de déprimer avec le doigt la paroi antérieure de l'estomac et de l'introduire dans l'orifice pylorique; on pourra en faire autant du côté du duodénum. Si l'on ne réussit pas, on pratiquera une incision longitudinale sur la paroi stomacale.

Dans le troisième cas, c'est-à-dire dans celui où la nature de la tumeur n'est point certaine, on fera, si l'état général du sujet est assez bien conservé, suivant les cas, la résection ou la gastro-entérostomie.

L'auteur cite une deuxième observation de coarctation du pylore par des adhérences avec engorgement des ganglions. Incision des adhérences après laparotomie. La guérison persiste depuis plus de trois ans.

BARBE.

XVI. — La percussion de l'estomac faite avec soin sur 81 personnes amène l'auteur à donner, comme moyenne des dimensions de l'estomac : verticalement, chez l'homme 11 à 14 centimètres, chez la femme

10 centimètres ; et transversalement, chez l'homme 21 centimètres, chez la femme 18 centimètres.

Les relations entre les deux dimensions seraient : chez l'homme : 11 — 14 : 21, soit 1 : 1,5 — 2 ; chez la femme : 10 : 18, soit à peu près 1 : 2.

Dans un cas de dilatation de l'estomac, la hauteur était de 19 centimètres; la largeur de 20 centimètres. Donc le rapport était 1 : 1.

Dans un autre cas , la hauteur était 13 centimètres, et la largeur 24 centimètres ; il y aurait eu, dans ce cas, distension et non-dilatation. La dilatation serait surtout caractérisée par l'augmentation des dimensions verticales. ALBERT MATHIEU.

XVII. — Quand on trouve simultanément une gastrectasie et un abaissement du rein droit, on admet que le déplacement de ce dernier a entraîné mécaniquement la dilatation de l'estomac, en pressant sur le pylore.

Mais, fait auquel on n'a guère donné d'attention jusqu'ici,le rein peut, au moins aussi souvent, se déplacer en sens inverse et remonter d'une étendue égale à toute sa longueur. Litten a vu plusieurs cas de ce genre, tous acompagnés de gastrectasie. Il croit qu'ici la lésion primitive était la dilatation de l'estomac qui, en comprimant le rein, l'a fait remonter.

En effet, sur le cadavre, il suffit d'une très légère pression exercée en avant sur le rein pour le voir se déplacer très notablement, et cela plus facilement vers le haut de la cavité abdominale qu'en sens contraire, à cause du ligament néphro-hépatique. Ce déplacement est proportionné à la longueur des vaisseaux. J. B.

XVIII.—Sur un homme de 27 ans, soigné depuis un an pour une dilatation de l'estomac, on trouva à l'autopsie des lésions énormes de l'estomac et du duodénum. On voyait en avant de l'abdomen une anse intestinale en forme d'U à direction verticale. C'était l'estomac dilaté. Il occupait la plus grande partie de l'abdomen; en haut, à gauche, il remplissait l'hypochondre, refoulait le diaphragme, puis descendait au-dessous de l'ombilic. Refoulant la rate, il remontait vers la face inférieure du foie au niveau de la septième côte; un sillon assez profond séparait cette seconde partie de la première. Enfin il se contournait sur lui-même, en allant d'avant en arrière, et gagnait le côté droit de la paroi abdominale au niveau de la dixième côte; cette troisième partie se dirigeait ensuite vers la colonne vertébrale et passait sous les anses du petit intestin ainsi que sous le côlon, très réduit; les rapports anatomiques avec le pancréas et l'artère mésentérique supérieure permirent d'établir que cette dernière partie était le duodénum. La pièce contenait 7,075 grammes d'eau ; la muqueuse était partout saine; en un point, au niveau de la jonction de la deuxième et de la troisième partie, il y avait un épaississement notable, disposé circulairement, qui était sans doute le pylore. La troisième portion formée par le duodénum était à elle seule aussi considérable que les deux autres réunies ensemble. H. L.

XIX. — Ce travail de Duchon-Doris est basé surtout sur deux observations personnelles; des malades atteints de dilatation de l'estomac présentent : l'un des hallucinations, du délire de persécution ; l'autre du délire religieux avec hallucinations de l'ouïe et des idées de meurtre. Ces désordres psychiques cessent sous l'influence de lavages de l'estomac. Il résulte de ces observations que les malades étaient des névropathes héréditaires, et que la dyspepsie a joué dans leur délire le rôle d'une circonstance occasionnelle. A. MATHIEU.

XX. — Chez les malades atteints d'affections de l'estomac, on observe une diminution des chlorures de l'urine dans les circonstances suivantes :

1° Quand une trop faible quantité de chlorures est introduite dans l'organisme (inanition, vomissements répétés immédiatement après le repas);

2° Quand, malgré l'introduction de chlorures en quantité suffisante, leur absorption est défectueuse (gastrectasies considérables dues à un rétrécissement cancéreux du pylore);

3° Dans les cas de sécrétion exagérée du suc gastrique, mais seulement quand l'acide chlorhydrique sécrété en excès est vomi ou bien extrait fréquemment par aspiration artificielle, ou encore que la muqueuse est devenue incapable de le résorber, ce qui arrive dans les dilatations stomacales considérables, soit simples, soit consécutives à des cicatrices.

Toutes choses égales, d'ailleurs, quand, dans une dilatation stomacale très marquée, on observe soit une diminution considérable, soit une disparition complète des chlorures de l'urine, il y a plutôt lieu de penser à une affection bénigne compliquée d'hypersécrétion d'acide chlorhydrique qu'à un néoplasme. J. B.

XXI. — Pusinelli relate un cas de pyopneuabdomen pris pour un pyopneumothorax. Le malade, un buveur âgé de 33 ans, présenta les premiers symptômes morbides (vomissements, douleurs et tuméfaction de l'épigastre) à la suite d'une chute, et il succomba deux mois plus tard. L'autopsie révéla la présence d'une vaste cavité enkystée entre la face inférieure du diaphragme et la face supérieure du foie. Cette cavité, remplie d'air, communiquait avec le duodénum. En somme il s'agissait d'un ulcère latent du duodénum, dont les adhérences avec le foie avaient été rompues par la chute.

Pusinelli conclut : Le pyopneumabdomen reconnaît le plus souvent pour cause la perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum.

Le diagnostic différentiel d'avec le pyopneumothorax est possible :

1° Par le mode de début des accidents (symptômes digestifs, vomissements, hématémèses, entérorragies ; 2° par l'absence ou l'insignifiance des symptômes pulmonaires ; 3° par l'absence de transition entre le murmure vésiculaire normal au sommet du thorax et le souffle amphorique ; 4° par l'absence de la matité du foie qui se trouve abaissé considérablement. (*R. S. M.*, XVI, 540, et XXVIII, 508.) J. B.

XXII. — Un marin fut admis, il y a dix mois, à l'hôpital naval, avec des symptômes de dyspepsie et des vomissements survenant de temps à autre. Il n'avait jamais eu ni douleurs épigastriques, ni vomissements de sang. Trois mois avant sa mort, le malade commença à éprouver des troubles sérieux de la déglutition et des régurgitations œsophagiennes ; mais on ne put constater la présence d'un rétrécissement. Ces symptômes disparurent quelques jours avant la mort. Le malade est mort de faim.

A l'autopsie, on trouva des traces de péritonite ancienne. L'estomac, très rétréci, pouvait à peine contenir 150 grammes de liquide. Ses parois avaient de 1/2 à 1 pouce d'épaisseur. L'hypertrophie siégeait surtout au niveau du cardia et s'en allait en diminuant jusqu'à 2 pouces du pylore. A ce niveau, l'organe était sain. On crut d'abord à une infiltration cancéreuse ; mais, en examinant de près, on constata qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple,

avec tumeurs polypoïdes de la muqueuse et dégénérescence colloïde consécutive. L'ulcère était situé sur la paroi postérieure de l'estomac, dans le voisinage du cardia. Son fond était constitué par du tissu cicatriciel situé dans la rate et la membrane péritonéale du côlon transverse. De fortes adhérences empêchaient toute communication entre l'estomac et la cavité abdominale.

L'épiploon contenait de nombreux noyaux colloïdes du volume de petits pois. Les ganglions abdominaux paraissaient avoir subi une dégénérescence amyloïde. J.-B. H.

I. — Ein Fall von Enteritis phlegmonosa, par J. GOLDSCHMIDT (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XL*, *Heft* 3-4, *p.* 400).

II. — Sul vomito urobilinico non fecaloïde nelle occlusioni del tenue, par MYA (*Rivista clin. di Bologna*, *p.* 609, *septembre* 1887).

III. — Die Ruhr und die meteorologischen Einflüsse auf dieselbe (La dysenterie : influence des conditions météorologiques sur sa production), par A. HIPPINS (*D. Arch. f. kl. med.*, *XL*, *Heft* 3-4, *p.* 284, 1887).

IV. — Zur Œtiologie der Dysenterie in Ægypte, par KARTULIS (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CV.*, *Heft* 3, *p.* 521).

V. — Lésions intestinales d'origine mercurielle ; leur identité avec la dysenterie, par VIRCHOW (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 952, *décembre* 1887).

I. — Une femme de 41 ans meurt après des phénomènes typhoïdes, avec un foyer de congestion à la base du poumon gauche. A l'autopsie, on trouve à la partie moyenne du côlon transverse la muqueuse brunâtre et décollée sur une longueur de 20 centimètres. A la partie correspondante de la séreuse, il existe une perforation par laquelle le pus s'est échappé dans la cavité péritonéale : c'est un cas très net d'entérite phlegmoneuse sous-muqueuse. A. M.

II. — 1° Dans les occlusions de la portion supérieure de l'intestin grêle, il est possible d'observer la production d'un vomissement caractérisé par une coloration rose intense, sans odeur ni apparence fécaloïde. Cette coloration rose est due exclusivement à la présence d'une abondante quantité d'urobiline ;

2° Dans les conditions normales, l'urobiline commence à se former au tiers moyen de l'intestin grêle ;

3° Cependant, étant donnée une occlusion qui porte sur la partie supérieure de l'intestin grêle, la production de l'urobiline est possible ;

4° En effet, les conditions qui président à la formation de l'urobiline existent dans toute la longueur de l'intestin, mais augmentent progressivement du duodénum à la valvule de Bauhin ;

5° Dans un estomac à contenu acide, ces conditions n'existent pas, et ne doivent pas être attribuées quand même à l'action du suc pancréatique ;

6° Elles sont dues à l'activité biologique de certains micro-organismes et certainement à celle du bacille de la putréfaction de l'albumine, de Bienstock ;

7° Dans l'appréciation diagnostique du vomissement par rapport au siège de l'occlusion, il faut tenir compte également du régime alimentaire du malade ;

8° La recherche de l'urobiline dans le contenu stomacal peut fournir

une indication utile dans les cas douteux d'occlusion ou de sténose intestinale (inclusion de l'iléus paralysé) ;

9° Le succès rapide de la méthode de Kussmaul (lavage gastrique) confirme le diagnostic du siège élevé de l'occlusion intestinale ;

10° Les propriétés spectroscopiques de l'urobiline qui se forme dans l'intestin ne sont pas identiques à celles de l'urobiline qui se trouve dans l'urine et qui est due à des extravasations sanguines internes.

L. GREFFIER.

II. — Il est bon d'être prévenu que, sous le nom de Ruhr, l'auteur confond la dysenterie et la colite qui, dit-il, diffèrent peu l'une de l'autre.

Les conclusions auxquelles l'ont amené l'examen de 2,795 cas, observés à Moscou, de mai à octobre, pendant les années 1880-1885, sont formulées par lui de la façon suivante :

1° La température atmosphérique a une influence non douteuse sur la marche de la dysenterie. Cette maladie tend à présenter une recrudescence lorsque la température se maintient élevée d'une façon soutenue ou lorsqu'il se fait un rafraîchissement brusque ;

2° La diarrhée apparaît à une température supérieure à 10° C. ; elle ne cesse pas avec la chaleur de l'été, mais se prolonge en automne dans des conditions qui ne sont nullement favorables à son existence ;

3° L'humidité est favorable à l'établissement de la dysenterie. Quand la température est élevée, une élévation brusque notable de l'humidité amène une augmentation du nombre des cas de dysenterie, surtout lorsqu'il y a en même temps refroidissement de l'air ;

4° L'influence nocive des oscillations de la température atmosphérique et de l'humidité est plus marquée dans la première moitié de l'été que dans la seconde ;

5° L'influence des nuages, de la direction du vent, de la quantité d'ozone est opposée aux facteurs ci-dessus énumérés ; c'est-à-dire que ces conditions sont défavorables à l'évolution de l'épidémie dysentérique ; cependant cette influence est d'ordre secondaire ;

6° La pression barométrique, la pluie, la quantité d'eau tombée, les orages n'influencent nullement la morbidité dysentérique.

ALBERT MATHIEU.

IV. — D'après Kartulis, la dysenterie des tropiques qu'il a observée en Égypte serait due à un protozoaire du genre amibe, qu'il a retrouvé dans tous les cas dans les parois des ulcérations intestinales, et même dans un abcès du foie, et qu'il n'aurait jamais retrouvé dans d'autres affections. Lösch a déjà décrit un parasite de cet ordre, mais qui présente quelques différences avec celui de Kartulis. L'amibe de Kartulis présente comme tous les animaux du même genre un protoplasma, un noyau et des vacuoles. Il a de 12 à 30 μ de diamètre, dimensions plus petites que celles de Lösch, qui donnait comme mesures de 20 à 35 μ. Le protoplasma est formé de deux parties : l'une homogène, que Kartulis appelle myxoplasma, l'autre centrale granuleuse « plasma granuleux ». Il n'y a qu'un noyau homogène, ne contenant pas de nucléole (Lösch en avait décrit un). Les vacuoles sont nombreuses, mais ne dépassent pas le nombre de 10. Ces parasites se colorent facilement ; l'auteur a employé surtout le bleu de méthylène et le violet de gentiane. On

peut y trouver encore des granulations, qui sont des substances alimentaires absorbées par le parasite. A l'état de repos, cet amibe est arrondi; pour se déplacer, il envoie des prolongements formés surtout aux dépens du myxoplasma. A l'état vivant, il fixe mal les matières colorantes. Il est tué assez facilement par le nitrate d'argent, l'acide borique et la quinine, que l'on fait prendre en lavements. P. GALLOIS.

V. — Virchow déclare qu'il est impossible de distinguer les lésions du côlon produites par les mercuriaux (onctions d'onguent gris; injections antiseptiques de sublimé au millième), de celles dues à la dysenterie épidémique. Leur siège est aussi exactement le même, car les unes et les autres occupent les brides du côlon et les saillies de la muqueuse formant les cloisons des cellules de cet intestin. Il ne s'agit pas ici d'une action topique, locale du mercure, mais d'un effet consécutif à son absorption dans le torrent circulatoire. Les expériences de Liebreich, sur des lapins, montrent que les mercuriaux provoquent d'abord une vive irritation de la muqueuse du côlon, et une altération de son tissu favorable à la pullulation des bactéries qui déterminent à leur tour des ulcérations.

Dans la discussion, Senator mentionne un fait d'empoisonnement accidentel par ingestion de 1 gramme de sublimé corrosif. Le gros intestin présentait de graves lésions dysentériformes, tandis que l'estomac et la partie supérieure de l'intestin étaient très peu lésés. Cela vient à l'appui de l'idée que le sublimé n'agit pas localement, mais au moment de son élimination par les glandes intestinales.

Senger a observé un cas d'intoxication mortelle par lavages intra-utérins avec une solution de bichlorure au millième. Malgré l'analogie des altérations du gros intestin avec la dysenterie, le diagnostic différentiel était peut-être possible ici, grâce à l'obstruction des tubes rénaux droits et flexueux, par des masses calcaires (*R. S. M.*, XXII, 80).

Dès 1879, Liebreich, dans ses expériences d'injections sous-cutanées sur des lapins, a reconnu que les composés organiques du mercure se comportent comme le sublimé; ils sont décomposés dans l'économie et éliminés par l'intestin sous forme d'albuminates. Le sublimé ingéré est absorbé par les voies digestives supérieures sans les corroder. J. B.

I. — A case of tropical abcess of the liver, par Rickman GODLEE (*Brit. med. journ.*, *p.* 871, *octobre* 1887).

II. — Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches, par KIENER (*Gaz. hebd. de Montpellier, n°* 6, 1887).

III. — Die acute Parenchymatose (La parenchymatose aiguë, maladie de Weil), par AUFRECHT (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *Band XL*, *p.* 619).

IV. — Zwei Fälle von fieberhaften Icterus (Deux cas d'ictère fébrile de Weil), par E. WAGNER (*Ibidem*, *p.* 621).

V. — Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's, par ROTH (*Ibidem*, *XLI*, *Heft* 3, *p.* 314).

VI. — Die Genese der chronischen Phosphorhepatitis, par KROENIG (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 582, *août* 1887).

VII. — Contribution à l'étude de la cirrhose graisseuse, par LE GALL (*Thèse de Paris*, 1887).

VIII. — Note sur un cas d'hépatite graisseuse, par POLYNÈRE (*Gaz. méd. de Paris, juin* 1887).

IX. — Guérison de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie, par BROUSSE (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 34, 1887).

X. — Contribution à l'étude de la cirrhose hypertrophique sans ictère, par E. WATRIN (*Thèse de Nancy*, 1887).

XI. — Ictère et urobilinurie, par KIENER et ENGEL (*Ibidem, n°* 30, 1887).

XII. — Studii sperimentali sulla itterizia ematogena, par GENNARO DE LUCA (*Rivista clin. e terap., IX, n°* 4, 1887).

XIII. — Contribution au diagnostic de la lithiase biliaire en dehors de l'accès de colique hépatique, par ALISON (*Arch. de méd.*, 1887).

XIV. — Case of fatal stricture of the bile duct, etc. (Rétrécissement fibreux mortel du canal cholédoque sans lithiase biliaire), par SIDNEY PHILLIPS (*Brit. med. j., p.* 995, *novembre* 1887).

XV. — D'une condition productrice des selles argileuses, par P. K. PEL (*Centralbl. f. kl. Med., p.* 297, 1887).

I. — Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, atteint d'un abcès du foie classique contracté aux Indes, et communiquant depuis le mois de mars 1885 avec les bronches. Le 1er juin 1887, on le trouva dans l'état suivant: anémique, mais encore bien musclé, sans fièvre. Le foie est sensible, mais ne déborde pas les côtes : en arrière, la matité remonte au-dessus de l'angle de l'omoplate ; la respiration en ce point est faible et mêlée de râles muqueux. On diagnostique une empyème secondaire à l'abcès du foie, correspondant avec les bronches. Deux ponctions exploratrices sont faites sans succès, la troisième ramène du pus. Sur l'aiguille comme conducteur, une incision en T est pratiquée de façon à mettre à nu la neuvième côte, qui est réséquée sur une certaine étendue. Une fois ouvert l'espace intercostal, on trouve le poumon affaissé et la plèvre sans adhérences, vide de pus : la communication se faisait directement à travers le diaphragme, le foie et le poumon.

Pour permettre l'expansion pulmonaire sans laisser pénétrer le pus dans la cavité pleurale, l'auteur sutura la plèvre pariétale avec la plèvre diaphragmatique ; puis, cela fait, sectionna le diaphragme, et finalement arriva sur le foie, et ouvrit l'abcès. Une sonde de caoutchouc fut laissée à demeure, et le malade finit par guérir.

L'auteur insiste dans ses remarques sur ce cas, sur la nécessité de suturer la plèvre, et en même temps sur la difficulté que présente cette opération, à cause des mouvements de locomotion du poumon et des côtes sous l'influence de la respiration. H. R.

II. — Un malade guéri de dysenterie et d'un abcès hépatique présentait une cavité suppurante dans le poumon droit, à la base. L'abcès ne s'accompagnait ni de voussure ni de fluctuation. En décembre et janvier, les forces du malade déclinèrent, et le 26 janvier à 4 heures du matin, une hémoptysie très violente se produisit ; elle reparut le soir à 8 heures, et le malade succomba dans une syncope.

A l'autopsie, Kiener trouva les lésions circonscrites au cœcum et au commencement du colon ascendant. Quelques ulcérations siégeaient au voisinage de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum. L'intestin grêle ne présentait qu'une psorentérie. Le foie était volumineux, mou, abaissé, adhérent au diaphragme ; l'abcès hépatique était cicatrisé, mais il y avait perte de substance. La plèvre droite ne présentait d'adhérence qu'en un point très circonscrit,

le seul voisin de l'abcès et correspondant à la partie inférieure et latérale du lobe inférieur. L'abcès pulmonaire était central, avait le volume des deux poings, et était en rapport inférieurement avec le foie. Il y avait aussi stéatose du poumon. A. DUCAMP.

III. — Aufrecht déclare avoir signalé déjà, dans un travail qui date de 1881 (Magdebourg, 1881), des faits semblables à ceux de Weil.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de 33 ans, atteint d'une infiltration du sommet gauche du poumon. La température s'élève de 38 à 39°; malaise très grand, teinte ictérique de la peau. Albumine en quantité dans l'urine, somnolence, vomissements; quelques jours après, secousses convulsives dans les mains et les pieds, mort un mois après le début. La rate était volumineuse, 12 centimètres, 7,5 et 3,5 d'épaisseur. Reins mous d'aspect trouble, avec de petites hémorrhagies à la surface. Foie petit, ramolli et pâle Une caverne au sommet gauche du poumon.

Dans le second cas, un homme de 46 ans, jusque-là bien portant, est pris en février 1877, d'un catarrhe gastrique aigu; anorexie, nausées, fièvre légère, malaise. Au bout de quatre jours, un peu d'ictère. Affaiblissement marqué. Le foie est augmenté de volume. Le septième jour de la maladie, convulsions urémiques, mort. A l'autopsie, foie très augmenté de volume; reins gros, pâles, troubles.

Ces deux cas diffèrent de ceux publiés par Weil et par Mathieu; il manque le fait caractérisque de la rémission entre deux poussées ictériques et fébriles.

IV. — E. Wagner rapporte deux cas survenus, l'un chez un homme de 20 ans, l'autre, sur un homme de 23. Début assez brusque, frissons, céphalalgie, douleurs intenses dans les masses musculaires, épistaxis, envies de vomir. Ictère léger, rate augmentée de volume, température au-dessus de 39°. Chez l'un, herpès labial, chez l'autre diarrhée. Le premier malade a guéri en une dizaine de jours, le second en cinq ou six jours.

Ce seraient là des cas légers de la maladie de Weil, sans rechute. Ici encore manque la rémittence qui a attiré l'attention de Weil; admettre l'interprétation de Wagner, c'est simplement reconnaître qu'il existe des ictères infectieux, typhoïdes curables, vérité clinique depuis longtemps admise en France. A. MATHIEU.

V. — Roth cite un nouveau cas de cette maladie fébrile, avec phénomène nerveux, tuméfaction de la rate et du foie, albuminurie et ictère que Weil a considéré, à tort, comme une maladie infectieuse non encore décrite. A. MATHIEU.

VI. — Les expériences que Kroenig a faites sur des chiens l'ont amené aux conclusions suivantes sur la nature des lésions anatomiques de l'hépatite interstitielle chronique dans l'empoisonnement par le phosphore :

Ces lésions consistent en un processus de mortification primitive des cellules hépatiques et vraisemblablement aussi des cellules à noyau;

En une dégénération hyaline simultanée des vaisseaux;

En une prolifération secondaire du tissu interstitiel qui n'est qu'une hyperplasie simple du tissu conjonctif sans caractères inflammatoires.

J. B.

VII. — La cirrhose graisseuse, qu'elle soit hypertrophique ou atrophique, reconnaît pour cause efficiente l'alcoolisme et en particulier l'intoxication par le vin.

Au point de vue étiologique, elle se distingue de la cirrhose commune

par l'adjonction de conditions adjuvantes qui sont le sédentarisme, le défaut d'exercice musculaire et en général toutes les causes capables d'abaisser le taux des combustions organiques.

Son évolution se fait en deux temps. La première phase est obscure et passe quelquefois inaperçue. Elle se caractérise d'habitude par de l'amaigrissement, des troubles digestifs, des poussées d'ictère léger et transitoire, quelques épistaxis, un peu de ballonnement du ventre.

La seconde période est marquée par l'apparition des accidents d'insuffisance hépatique.

L'ictère grave secondaire, dans la cirrhose graisseuse, est généralement imputé à une auto-intoxication. D'après les expériences récentes, il serait peut-être plus légitime de les rapporter à une auto-infection.

A. GILBERT.

VIII. — Femme de 40 ans. Alcoolique depuis plusieurs mois, vomissements, anorexie, amaigrissement, augmentation du volume du foie et de la rate, aspect cachectique. On diagnostique une cirrhose d'origine alcoolique. Après divers accidents, mort. L'autopsie montre, entre autres lésions, le foie pesant 2,200 grammes ; sa surface lisse offre une coloration jaune clair très uniforme. Même teinte de la coupe qui est grasse et onctueuse. Au microscope, ce qui domine, c'est l'état graisseux de l'organe : toute trace de lobule a disparu. Les espaces sont entourés d'une zone mince de tissu conjonctif, les parois de la veine porte sont un peu épaissies, de même que les veines sus-hépatiques, et on ne trouve presque nulle part de vaisseaux biliaires : tout le reste du lobule est rempli de grosses cellules tassées absolument remplies par de la graisse, sous forme d'une énorme gouttelette réfringente, refoulant le noyau contre la paroi.

L'auteur fait remarquer que pareil cas n'a pu encore être décrit ; distincte de la cirrhose hypertrophique graisseuse par l'absence de sclérose, l'affection est caractérisée par la lésion de la cellule hépatique, qui prime tout. C'est *une hépatite graisseuse primitive.* OZENNE.

IX. — Un malade alcoolique atteint de cirrhose atrophiqne ayant eu déjà deux hématémèses présente une ascite qui nécessite une ponction en décembre 1877 ; l'épanchement se reproduit et deux ponctions sont pratiquées, l'une au commencement, l'autre à la fin de janvier 1878. Régime lacté et digitale, nouvelle ponction en avril. Amélioration qui dure deux ans. En 1880, l'ascite reparaît de nouveau, plusieurs ponctions sont faites. Régime lacté ; 400 grammes de sucre par jour sont administrés dans un but de recherche physiologique. Le malade amélioré reprend ses travaux d'homme de peine ; il a renoncé à ses habitudes alcooliques. Il a eu une hématémèse il y a trois ans, et une le 19 mai 1887 ; du côté de l'abdomen on ne constate qu'un peu de liquide dans les parties déclives. Le foie est réduit de moitié. Sans nier la part qu'aient pu prendre dans la guérison de l'ascite les altérations du péritoine ou celles des branches périphériques de la veine porte, il faut tenir compte du développement considérable de la circulation complémentaire, et des hématémèses qui peuvent avoir servi de voie de dérivation.

Le fait important est la persistance de la guérison de l'ascite pendant sept ans. A. DUCAMP.

X. — Watrin décrit une variété de cirrhose hypertrophique du foie qu'il dénomme cirrhose hypertrophique sans ictère. L'observation qui forme la base de ce travail peut se résumer de la sorte (*a*) cliniquement : hypertrophie considérable du foie, un peu d'ascite, très légère dilatation des veines sous-cutanées abdominales, sans ictère ; (*b*) anatomiquement : hypertrophie et hépatite interstitielle diffuse, intra et extralobulaire,

caractérisée par une infiltration générale d'éléments embryonnaires et une hyperplasie de la trame conjonctive normale; phlébite et périphlébite des systèmes porte et sus-hépatique; absence d'altération des cellules hépatiques, et, surtout, absence des lésions des canalicules biliaires. P. PARISOT.

XI. — Examinant les fondements des deux théories de l'ictère hématogène, Engel et Kiener abandonnent la théorie de l'hémaphéisme, la réaction que présentent les urines étant due à des substances diverses, et pouvant être obtenue dans des urines composées artificiellement

Pour ce qui est de la théorie urobilique, les recherches faites par les auteurs montrent que le pouvoir tinctorial de l'urobiline est réel, et que cette substance existe dans le liquide de l'ascite et dans la sérosité des membres. L'urobiline est diffusée dans toute l'économie, mais en trop petite quantité pour être la cause de la coloration des tissus. L'urobilinurie et l'ictère sont deux phénomènes distincts, bien que souvent associés. Pathogénie de l'ictère. — Stase biliaire dans le foie, due à l'épaississement de la bile. Cet épaississement provient de la surabondance de la matière colorante du sang que le foie transforme en bilirubine. La surabondance est absolue quand il y a destruction exagérée des globules rouges, elle est relative quand le parenchyme hépatique est en partie détruit (cirrhose).

Pathogénie de l'urobilinurie. — Lorsqu'il y a stase biliaire, l'urobiline est moins abondante dans l'intestin qu'à l'état normal, et elle apparaît alors dans l'urine. L'urobiline a donc pris naissance aux dépens de la matière colorante biliaire retenue dans les tissus. L'urobilinurie s'établit aussi quand il y a de vastes épanchements sanguins dans le tissu cellulaire; l'urobiline provient de la bilirubine qui a pris naissance aux dépens de l'hémoglobine.

L'urobilinurie des fièvres est liée à un faible degré de stase biliaire.

La formation de l'urobiline, qui est diffusible comme l'urée, est le procédé le plus avantageux dont dispose l'organisme pour se débarrasser de l'hémoglobine et de ses résidus biliaires peu diffusibles accumulés dans les tissus. A. DUCAMP.

XII. — Gennaro de Luca a cherché à s'assurer expérimentalement de la réalité de l'ictère hématogène par destruction des globules rouges sanguins. Les expériences ont consisté à injecter dans le sang des chiens des substances capables d'amener une destruction globulaire : il a successivement essayé la glycérine, l'acide pyrogallique et la toluilendiamine ; en tâchant, autant que possible, de ne pas intoxiquer les animaux, mais ceux-ci, la plupart du temps, meurent après l'opération, sans avoir toujours présenté d'ictère. Cependant, la glycérine et l'acide pyrogallique produisent à la fois de l'hémoglobinurie et de l'ictère, mais la toluilendiamine, qui ne détruit pas les globules, et qui ne provoque pas d'hémoglobinurie, s'accompagne d'ictère. L'auteur discute la nature de cet ictère, qu'il regarde comme de nature biliaire, en opposition avec les expériences d'Afanassiew. (*Virchow's Arch.* 1884.) H. R.

XIII. — Alison propose d'ajouter aux signes sur lesquels on se fonde ordinairement pour soupçonner l'existence de la lithiase biliaire, les indices suivants. qu'il a observés chez dix malades; en première ligne,

la présence dans les urines de la matière colorante de la bile (urobiline ou ses dérivés accompagnés de peptonurie); l'irritation provoquée chez les malades par les cholalogues et disparaissant après l'expulsion des corps étrangers; et comme signe de moindre importance, les congestions éphémères de la face, la céphalalgie et enfin les relations étiologiques de certaines grippes tenaces avec la lithiase biliaire. RICHARDIÈRE.

XIV. — Homme de 60 ans, goutteux et alcoolique, non syphilitique. Symptômes d'ictère par obstruction biliaire, sans indices de lithiase ; distension appréciable de la vésicule pendant la vie. Mort au bout de cinq mois. A l'autopsie on trouve un rétrécissement du canal cholédoque, fibro-cartilagineux, dû à la rétraction de la tunique externe du conduit. Aucune trace d'ulcération ni de calcul. L'auteur se demande si un catarrhe longtemps persistant du canal ne suffit pas à déterminer une lésion de cette nature.

Benham a vu un cas de ce genre chez un vieillard de 86 ans. H. R.

XV. — Chez une femme de 34 ans, atteinte depuis huit ans de lithiase biliaire avérée avec coliques hépatiques fréquentes, on constate qu'au huitième jour d'une nouvelle crise avec ictère, celui-ci disparaît, les urines cessent de contenir du pigment biliaire, et, cependant, malgré une nourriture pauvre en matières grasses, les fèces restent blanches et argileuses.

Pendant les deux mois et demi qu'a duré l'observation de la malade, même état des fèces, sans modification au cours de six petites coliques hépatiques intercurrentes, dont trois accompagnées pendant trois à six jours d'un léger ictère.

L'analyse chimique de ces matières argileuses, pratiquée par Stokvis, a montré que la bile avec tous ses éléments constitutifs continuait à arriver dans l'intestin ; les fèces contenaient beaucoup d'urobiline, un peu de biliverdine, une quantité notable du chromogène de l'urobiline, ou leuko-urobiline de Nencki. La coloration normale des fèces ne dépend donc pas uniquement de l'urobiline.

L'auteur ne paraît pas connaître les cas d'acholie pigmentaire publiés en France, notamment par Hanot. A. CHAUFFARD.

I. — Urologie clinique et maladies des reins, par LABADIE-LAGRAVE (*Paris, in-8° de* 1150 *p.*, 1887).

II. — On the pathology of Bright's disease, par W. THOMAS (*Brit. med. journ., p.* 817, *octobre* 1887).

III. — Sull' ipertrofia cardiaca nella nefrite cronica, par Luigi PETRONE (*Il Morgagni, septembre* 1887).

IV. — Note sur un cas de néphrite à symptômes anormaux, par GIRODE (*Arch. de physiol., mai* 1887).

V. — Ueber Nephritis bacillosa interstitialis primaria, par L. LETZERICH (*Zeitsch. f. klin. Med., XIII, p.* 33).

VI. — Un cas de gangrène des extrémités inférieures au cours d'une néphrite interstitielle, par LIÉGEOIS (*Bull. méd. des Vosges, octobre* 1886).

VII. — Experimentelle Beiträge zur Pathologie der Nieren (Pathogénie de l'urémie), par FLEISCHER (*Berl. klin. Woch., p.* 350, *mai* 1887).

VIII. — De l'urémie convulsive à forme d'épilepsie jacksonienne, par CHAUFFARD (*Arch. de méd., juillet* 1887).

IX. — On the incidence of albuminuria amongst the Sick (Présence de l'albu-

minurie chez les malades), par Grainger STEWART (*Brit. med. journ., p.* 815, *octobre* 1887).

X. — Ueber Eiweiss im normalen Harn (Albumine dans l'urine normale), par Carl POSNER (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIV, Heft* 3, *p.* 497).

XI. — Ueber physiologische Albuminurie, par W. LEUBE (*Zeitsch. f. klin. Med. XIII, p.* 1).

XII. — Ueber eine eigenthümliche Eiweissart im menschlichen Urin (Sur une albumine particulière de l'urine), par Joh. THORMÄHLEN (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVIII, Heft* 2, *p.* 322).

XIII. — Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, par LEHSEN (*Zeitsch. f. klin. Med., XII, p.* 307).

XIV. — Esperimenti ed osservazioni intorno alla ossaluria (Pathogénie de l'oxalurie), par G. PETTERUTI (*Naples,* 1886).

XV. — Zur Kenntniss der Hœmaturie, par L. LEWIN et C. POSNER (*Centralbl. f. med. Wiss., n°* 20, *p.* 354, 1887).

XVI. — Beobachtungen uber Chyluria, par Arnim HUBER (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVI, Heft* 1, *p.* 126).

XVII. — Ueber Chylurie, par ROSSBACH (*Berl. klin. Woch., p.* 333, *mai* 1887).

XVIII. — Sur un cas d'ascite chyleuse, démonstration de la réalité de cette variété d'ascite, par STRAUS (*Arch. de phys.,* 15 *mai* 1886).

I. — Le volumineux ouvrage que Labadie-Lagrave offre au public médical se compose de deux études distinctes. La première embrasse l'histoire de la physiologie du rein et de l'urine, à l'état sain et dans les maladies; la seconde s'occupe plus spécialement de la pathologie rénale.

Après un aperçu sommaire, sur la constitution anatomique et le fonctionnement du rein, l'auteur étudie les altérations de la sécrétion urinaire, envisagées dans leur quantité, leur fréquence, leurs caractères physiques et leurs dépôts sédimentaires. C'est, pour ainsi dire, la physiologie pathologique de la miction, considérée à un point de vue pratique et clinique. Ainsi, l'auteur discute la valeur séméiotique de la polyurie, de la pollakiurie, de l'anurie, de l'hémoglobinurie, de l'azoturie, etc.

Ceci conduit à l'examen de la chimie urinaire, ou urologie chimique. Ce chapitre, assez difficile à lire, est en réalité l'un des plus utiles à consulter. Il résume, d'une façon claire et précise, l'ensemble des travaux épars dans les ouvrages de chimie médicale, et donne les différentes réactions préconisées pour reconnaître et analyser rapidement, au lit du malade, les principes constituants ou les éléments anormaux de l'urine. Les tableaux synoptiques qui résument en quelques lignes les innombrables travaux des chimistes seront hautement appréciés des cliniciens, ainsi que les pages consacrées aux caractères des urines dans les diverses maladies.

La seconde partie de l'ouvrage débute par un exposé de la pathologie générale du rein, en commençant par les troubles circulatoires de l'organe pour arriver aux accidents graves de l'urémie. C'est là une introduction judicieuse à l'étude des diverses variétés de néphrite, qui toutes, à une certaine phase de leur évolution, déterminent des accidents comparables.

Le côté original de cette partie de l'ouvrage, consiste dans la classification et l'interprétation des néphrites. Labadie-Lagrave part de cette idée, que la division des néphrites en épithéliales et conjonctives a fait son temps, et que cette distinction, purement anatomique, ne répond pas aux types cliniques. D'autre part, la division pathogénique de Gaucher, suivant que la cellule est d'emblée atteinte, par un agent irritant ou infectieux, ou suivant qu'il existe des troubles préalables de la nutrition, soulève au moins autant de difficultés cliniques. L'auteur s'en tient à une classification mixte qui est la suivante :

Dans le groupe des néphrites aiguës, il admet : *a*) des néphrites infectieuses proprement dites; *b*) des néphrites aiguës infectieuses (scarlatine, variole, rougeole, érysipèle, fièvre typhoïde, etc.); *c*) des néphrites toxiques par poisons venus du dehors (phosphore) ou créés dans l'organisme (ictère grave); *d*) enfin, des néphrites de causes inconnues, telles que celle du choléra.

Dans le groupe des néphrites chroniques, Labadie-Lagrave est forcé, de par la clinique, de revenir à cette distinction qu'il proscrivait naguère entre les néphrites épithéliales et les néphrites interstitielles, et il donne une excellente description du gros rein blanc de Bright et du rein granuleux (nép. saturnine, goutteuse, sénile, etc.). Un chapitre intermédiaire est consacré au mal de Bright commun, ou néphrite mixte.

Les néphrites ascendantes comprennent une troisième catégorie, consécutive toujours aux maladies des voies urinaires, et à la pénétration de micro-organismes ; ce sont les néphrites infectieuses chirurgicales.

L'ouvrage se termine par l'histoire des dégénérescences rénales, syphilis, tuberculose, tumeurs.

L'exposition de tous ces chapitres est bonne; une bibliographie très complète et la citation de nombreux faits cliniques, en rendent la lecture attrayante ; enfin, de nombreuses figures, intercalées dans le texte, aident à saisir les détails d'histologie pathologique. H. R.

II. — L'étiologie du rein granuleux, d'après Thomas, est très nette : il s'agit toujours de substances irritantes qui traversent les vaisseaux du rein et les sclérosent. Pour les hommes à profession libérale, ce sont les phosphates qui sont en excès dans l'urine ; pour les goutteux, l'acide urique; pour les saturnins, le plomb; pour les dyspeptiques, les oxalates; enfin, l'alcool pour la plupart des malades. Le traitement doit être approprié à ces données étiologiques professionnelles. H. R.

III. — Des faits avec examen microscopique qu'il rapporte, Petrone conclut que l'hypertrophie totale du cœur, succédant à une néphrite parenchymateuse chronique, parvenue à la période de rétraction secondaire du rein, peut exister sans qu'il y ait de myocardite interstitielle concomitante ; l'hypertrophie totale du cœur, accompagnant le petit rein rouge de la néphrite interstitielle chronique, peut se développer en l'absence de la myocardite interstitielle; par contre, on peut trouver de la myocardite interstitielle dans les cas de dilatation générale du cœur accompagnant un rein affecté de lésions graves d'artério-sclérose.

GEORGES THIBIERGE.

IV. — Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une néphrite chronique, fut pris d'hémorragies multiples à forme de purpura hemorragica et de nystagmus bilatéral; il succomba à une diphtérie terminale.

Girode fait remarquer que la dyscrasie du mal de Bright doit être rangée parmi les causes susceptibles de produire une forme de purpura hémorragique secondaire. D'autre part, les altérations oculaires qui suivent la néphrite peuvent s'accompagner, à un moment de leur évolution, d'un nystagmus qui a sa condition pathogénique immédiate dans l'amblyopie albuminurique. A. GILBERT.

V. — Depuis 1882, Letzerich a observé vingt-cinq cas de néphrite infectieuse primitive. L'affection régna endémiquement, frappant de préférence les enfants (vingt-deux enfants et trois femmes). Cette néphrite ne semble pas contagieuse. Elle était absolument indépendante de toute autre maladie infectieuse, scarlatine, diphthérie, etc.

Le tableau clinique était très caractéristique. Après quelques jours d'abattement, de fièvre vespérale, d'insomnie, apparaissaient les vomissements; puis, peu après, l'œdème du visage et des membres. La région rénale devenait douloureuse à la pression. L'urine, considérablement diminuée, tombait à 20 ou 40 centimètres cubes. Elle était trouble et renfermait un peu d'albumine.

La mort ne survint que dans trois cas. Elle eut lieu vers la troisième semaine par anurie et urémie. La guérison s'annonçait par une véritable crise. Les urines étaient pendant deux ou trois jours extrêmement pâles et abondantes. La convalescence était rapide.

Le traitement employé consista en aliments riches en albumine, bouillon, lait, œufs, boissons toniques, vin et cognac, frictions chaudes, enveloppement dans la ouate et bains chauds.

L'affection est produite par un bacille spécial, plus court que le bacille tuberculeux, plus large aussi (il a à peu près la moitié de la largeur du bacille typhique). Ce bacille fixe avec avidité les matières colorantes. On le retrouve en abondance dans l'urine. A côté des bacilles sont des spores rondes; souvent même des bacilles montrent trois à cinq de ces spores agglomérées. Les cultures reproduisaient les mêmes bacilles et les mêmes spores. Inoculées à des lapins, elles déterminèrent des phénomènes d'infection, et dans les reins et la rate on retrouva des bacilles. On les retrouva également, dans les mêmes organes, à l'autopsie des enfants morts. Les liquides ascitiques ne contenaient que quelques spores.

L'on a pu, par des cultures des eaux de savon des ruisseaux, obtenir des bacilles sans pourtant avoir jamais de cultures pures. Serait-ce là le point de départ de la maladie? M. DEBOVE.

VI. — Liégeois rapporte l'histoire d'un homme de 37 ans qui, au cours d'une néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur et artériosclérose généralisée, succomba aux suites d'une gangrène des extrémités inférieures.

Rejetant, au point de vue pathogénique, l'idée émise par Roques et Fabre d'un réflexe vasculaire d'origine rénale, l'auteur fait jouer le principal rôle à l'artérite, à la thrombose artérielle et aux dépréciations qualitatives du sang brightique. Dans ce travail se trouvent succinctement résumées neuf autres observations analogues. P. PARISOT.

VII. — Pour obturer d'une façon permanente les uretères chez des chiens, Fleischer établit d'abord des fistules des uretères qu'il bouche ensuite pour produire la stase de l'urine.

Les animaux mis en expérience ont offert de l'intoxication urémique,

avec une anémie considérable et constante du cerveau, comme lésion principale. L'injection d'urine dans la cavité péritonéale a provoqué les mêmes symptômes, convulsions, coma, etc. Sauf à l'autopsie d'un animal qui avait reçu une injection de sel de cuisine dans la jugulaire, Fleischer n'a jamais constaté d'imbibition séreuse du cerveau. Outre l'anémie cérébrale, les chiens urémiques présentaient de l'anémie du tissu conjonctif sous-cutané et des poumons ainsi qu'une hypérémie intense du foie.

La conclusion thérapeutique qui ressort de ces expériences, c'est que c'est principalement l'anémie cérébrale qu'il faut combattre. Chez les chiens, les inhalations de chloroforme ont toujours donné de bons résultats. Dès qu'on laissait libre cours à l'écoulement de l'urine, les phénomènes éclamptiques disparaissaient rapidement. J. B.

VIII. — Une femme de 38 ans, atteinte d'albuminurie intense, sans œdème ni bruit de galop, fut prise brusquement de secousses convulsives dans la moitié droite du corps, de déviation de la tête et des yeux du côté droit, de spasmes cloniques et rythmiques des membres supérieurs et inférieurs du même côté. La malade avait perdu connaissance. Bientôt des convulsions identiques se montrèrent dans le côté opposé du corps. Les attaques se renouvelèrent à plusieurs reprises pendant cinq jours, tantôt limitées au côté droit, tantôt généralisées. Elles laissaient dans leur intervalle un état comateux.

A l'autopsie, on trouva les lésions du gros rein blanc. L'encéphale était absolument sain; il n'y avait même pas d'œdème des hémisphères.

L'auteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Les attaques convulsives réalisaient le type de l'épilepsie jacksonnienne; elles en différaient toutefois par un fait d'une grande importance : elles débutaient et prédominaient tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche. La lésion convulsigène ne pouvait être attribuée à une embolie cérébrale puisqu'il n'y avait pas trace d'oblitération des artères de l'encéphale. Elle ne pouvait pas non plus être rapportée à l'œdème cérébral qui manquait dans le cas particulier.

Il faut donc vraisemblablement admettre, pour expliquer la production de l'épilepsie jacksonnienne, une action élective et localisée des poisons pathogènes de l'urémie sur les centres psycho-moteurs de l'un ou l'autre hémisphère, comme le fait se voit dans les intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, etc. Cette incitation morbide unilatérale des centres psycho-moteurs se retrouve d'ailleurs dans l'épilepsie vraie, dans l'hystérie.

Cette action directe des poisons urémiques sur l'encéphale peut encore expliquer les modifications thermiques diverses que l'on peut observer dans l'urémie. Les centres calorigènes inhibés ou exaltés donneraient lieu ainsi tantôt à de l'hyperthermie, tantôt à de l'hypothermie.

RICHARDIÈRE.

IX. — Grainger Stewart a examiné, au point de vue des urines, 525 malades ; il en a trouvé 187 qui avaient plus ou moins d'albumine dans leurs urines. Il en conclut qu'il y a 24 0/0 d'albuminurie chez les malades, alors qu'il y en a 10 0/0 environ parmi les personnes réputées en bonne santé. Ces albuminuries d'ailleurs se groupent en différentes catégories ; savoir : 1° Maladie de Bright certaine ; 2° Néphrite probable ; 3° Albuminuries fébriles ; 4° Albuminuries vasculaires par troubles

circulatoires; 5° Albuminuries liées à des troubles fonctionnels de l'appareil digestif; 6° Alb. nerveuses; 7° Alb. associées à la glycosurie; 8° Alb. fonctionnelles; 9° Alb. accidentelles (mélange de pus, de sang, etc. à l'urine). L'auteur donne des statistiques relatives à ces différentes variétés d'albuminurie, suivant qu'il s'agit de malades d'hôpital ou de ville, d'enfants de fébricitants ou de femmes enceintes. Les résultats sont très variables : ce sont les enfants qui sont le moins exposés à l'albuminurie. H. R.

X. — Posner mentionne les divers travaux entrepris sur cette question. Mais il accuse les diverses méthodes de recherches employées de n'être pas assez précises. D'après lui, tous les précipités obtenus renferment un corps voisin de la mucine et qui est sans doute celui que Béchamp a désigné sous le nom de néphrozymase. Mais on y trouve encore, mêlée à de nombreux autres corps variables, suivant le procédé de précipitation employé, une substance que l'on ne peut isoler et étudier, et que l'on ne peut connaître que par ses réactions. Ce corps est insoluble dans l'acide nitrique, soluble dans l'acide acétique et la lessive de potasse, précipitable dans sa solution acétique par le ferrocyanure de potassium, les acides nitrique, métaphosphorique, picrique, l'iodure double de mercure et de potasse (Tanret), qui après l'ébullition dans la solution de potasse, colore en violet le sulfate de cuivre, et l'acide sulfurique dans une solution d'acétate de fer, qui enfin dans une solution d'acide formique réduit le chlorure d'or en donnant lieu à une couleur rouge allant jusqu'au pourpre. Il pense que ce corps est une albumine de sérum.

Il semble donc que, dans l'urine normale, il y a au moins deux principes: l'un albumineux qui proviendrait du sang, l'autre mucineux qui proviendrait de la destruction de l'épithélium rénal. P. GALLOIS.

XI. — Il est bien peu d'urines, même entièrement normales, qui ne renferment pas d'albumine en très petite quantité. L'absence complète ne se rencontre guère que dans l'enfance. Pour constater facilement cette albuminurie physiologique, il est nécessaire de concentrer l'urine. Leube fait cette concentration dans l'air raréfié; le point d'ébullition n'atteint alors que 35° et l'albumine ne se coagule pas.

La quantité maximum d'albumine physiologique est de 1 0/00. Noorden dit même avoir trouvé jusqu'à 4 0/00. D'une façon générale, toute albumine constatée par les réactifs sans concentration est suspecte.

Dans l'urine ainsi concentrée, on trouve un grand nombre de cristaux divers; notamment des cylindres finement granulés, brunâtres, constitués par de l'acide urique. Mais il est exceptionnel d'y rencontrer de véritables cylindres hyalins. La présence de cylindres hyalins a donc une grande valeur pour conclure à un état pathologique du rein. Mais leur absence n'a pas une valeur négative correspondante. Ils peuvent, en effet, manquer dans les néphrites interstitielles.

Indépendamment de la quantité d'albumine et des cylindres hyalins, quelques symptômes concomitants ont une grande valeur pour différencier les albuminuries physiologiques et pathologiques. L'hypertrophie du cœur est souvent tardive dans les néphrites chroniques et insidieuses, mais elle peut être très précoce dans les néphrites aiguës. Avant de la constater, on trouve souvent des modifications sphygmographiques du pouls, qui constituent un des meilleurs signes de début. Par suite de

l'augmentation de tension dans l'aorte, l'ascension de retour est peu marquée sur la ligne sphygmographique, tandis que l'ascension d'élasticité l'est beaucoup. Il faut encore mentionner l'examen ophtalmoscopique.

M. DEBOVE.

XII. — Un malade avait un kyste hydatique du foie avec ictère. On l'opère, mais il meurt d'érysipèle. Les urines contenaient de l'albumine ordinaire, mais en outre elles contenaient une variété d'albumine particulière. Celle-ci se précipitait spontanément, par contre, elle ne se coagulait pas par l'ébullition, les acides à chaud comme à froid la coagulaient facilement. En comparant les réactions qu'elle présentait, Thormählen la rapprocherait de l'hémialbuminose dont elle diffère pourtant notablement par les caractères suivants : 1° Elle est précipitée d'une solution bouillante par les acides en formant un précipité floconneux; 2° Le précipité obtenu à froid par l'acide nitrique ne se redissout pas à chaud; 3° la réaction de la xanthoprotéine ne se produit pas à froid, mais seulement à chaud; 4° la solution éclaircie par la chaleur ne se trouble pas à nouveau par le refroidissement. P. GALLOIS.

XIII. — La malade, une syphilitique, eut, en 165 jours, 54 accès d'hémoglobinurie. Ces accès survenaient sous l'influence de causes occasionnelles diverses; fatigue, contrariétés, frayeur et surtout refroidissement. Ils étaient constants au début et à la fin des règles.

Ces accès s'annonçaient par un frisson venant ordinairement le matin. La température montait ensuite jusque vers dix heures du matin et, après avoir atteint 40°, redescendait pour revenir à la normale vers six heures du soir. Quelques attaques d'hémoglobinurie survinrent pourtant sans fièvre; parfois aussi il y eut fièvre sans hémoglobinurie.

La rate et le foie augmentaient de volume pendant les accès. La bile était plus abondante. Ce gonflement de la rate et du foie apparut à plusieurs reprises sans être suivi d'hémoglobinurie. On peut admettre, conformément à la théorie de Ponfick, qu'en ce cas, la rate et le foie suffisaient à détruire l'hémoglobine devenue libre sans qu'elle eût besoin de s'éliminer par le rein.

L'hémoglobine passait dans l'urine sous forme de méthémoglobine. Son élimination se faisait très rapidement et elle disparaissait au bout de quelques heures. Mais il était fréquent de voir l'albuminurie concomitante persister deux ou trois jours.

Le traitement resta inefficace. Le mercure et le sulfate de quinine parurent cependant moins inactifs que l'iodure de potassium. M. DEBOVE.

XIV. — L'acide oxalique des urines se forme au moins aussi souvent aux dépens des aliments albuminoïdes que des aliments non azotés. En dehors du corps, il ne se forme plus dans l'urine d'acide oxalique aux dépens de l'acide urique. Mais souvent l'oxalate de chaux de l'urine ne se précipite pas du tout, ou seulement incomplètement, ou encore très lentement.

Quel que soit le régime, l'acide oxalique apparaît dans les urines exclusivement, ou pour la plus grande partie, durant les périodes digestives; c'est pourquoi l'urine du matin n'en contient pas ou en contient beaucoup moins que l'urine du soir.

Contrairement à l'opinion de Cantani et autres, la diète carnée ne supprime pas l'oxalurie. L'administration du carbonate de chaux favorise l'apparition de l'acide oxalique dans les urines, tandis que le bicarbonate de soude agit d'une façon opposée.

A la tête des maladies dans lesquelles se rencontre l'oxalurie, est le catarrhe gastro-intestinal chronique (36 fois sur 70); puis viennent : les maladies du système nerveux central qui se compliquent de troubles digestifs ; le diabète, qui précède toujours et ne suit jamais l'oxalurie; les affections thoraciques dans lesquelles la respiration est insuffisante.

Il n'y a qu'un symptôme à peu près constant de l'oxalurie, ce sont les troubles de la digestion stomacale. La lombalgie, que Petteruti a quelquefois observée, tient, selon lui, à des calculs rénaux. Quant aux phénomènes nerveux, souvent très prédominants, ils sont la conséquence des troubles digestifs. La furonculose, que Petteruti n'a notée que deux fois, ne lui paraît pas non plus en relation directe avec l'oxalurie. En somme, il n'y a pas d'autre symptôme caractéristique de l'oxalurie que l'apparition de l'acide oxalique dans les urines.

La division de l'oxalurie en physiologique et morbide n'est pas justifiée, car, chez beaucoup d'individus, on ne trouve pas d'acide oxalique dans l'urine. La seule classification utile en pratique consiste à reconnaître une oxalurie manifeste, et une oxalurie latente, selon que l'acide oxalique se précipite ou non spontanément. La première forme est la plus importante eu égard à la seule conséquence fâcheuse de l'oxalurie, savoir, la formation de calculs urinaires d'oxalate.

Petteruti se refuse à voir, dans l'oxalurie, le résultat d'une altération spéciale de la nutrition ; pour lui, elle tient uniquement à une diminution des oxydations normales. L'oxalurie ne doit pas être envisagée comme une maladie par elle-même ; c'est, le plus souvent, le symptôme d'un catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin. Comme traitement, Petteruti préconise l'acide phosphorique, parce que le phosphate acide de soude maintient l'acide oxalique en dissolution dans l'urine. J. B.

XV. — L. Lewin et C. Posner pensent que, dans les examens spectroscopiques des urines qui renferme du sang, la présence de la matière colorante hématique est souvent méconnue parce qu'on emploie une technique insuffisante, et surtout parce qu'on examine des tranches de liquide trop minces. Il faut en examiner d'épaisses (4 à 5 centimètres), et souvent au moment où le spectre est presque complètement effacé en dehors du rouge, on voit apparaître nettement la raie de la méthémoglobine. Il faut toujours réduire en ajoutant du sulfure d'ammonium : souvent on trouvera seulement par ce procédé des produits de réduction du sang.

La méthémoglobine donne dans le rouge une raie voisine de l'orangé; cette raie se déplace par l'alcalinisation et vient se placer à la limite du bleu. L'hématine en solution acide donne une raie placée près des premières raies du bleu. Par la réduction, ces deux substances donnent une bande nettement limitée dans le vert, et une autre plus indécise à droite de cette dernière (identique avec celle de l'hémochromogène de Hoppe-Seyler). Les auteurs exposent ensuite quelques résultats obtenus par des examens d'urine pratiqués suivant cette méthode. A. MATHIEU.

XVI. — Huber rapporte l'observation d'un malade atteint de chylurie, et donne des détails sur les diverses analyses qu'il a faites des urines dans ce cas. Il fait remarquer le parallélisme assez régulier qu'il a observé entre les proportions de la graisse et de l'albumine contenues dans les urines. Ayant fait prendre à son malade de l'huile de foie de morue

(250gr.), il trouve dans les urines une augmentation de la proportion non seulement des graisses mais de l'albumine. L'albumine est en général en quantité supérieure, mais les variations de ces substances sont sensiblement parallèles. Il note un fait d'apparence un peu paradoxale : l'urée et l'acide urique augmentent pendant la chylurie. Le chlorure de sodium s'accroît également un peu dans les urines chyleuses ; la quantité des sulfates, des phosphates et des substances basiques ne paraît pas modifiée. Il n'a pas observé de sucre, et n'a pas recherché la leucine ni la tyrosine. Enfin, chez son malade, la chylurie se montrait surtout pendant le repos de la nuit, les urines de la journée, surtout quand le malade se levait et marchait, étaient plus transparentes. Eggel et Ackermann avaient noté un phénomène inverse. Peu de modifications dans la densité et la quantité des urines. Arnim Huber n'a pas trouvé de filaires dans les urines. P. GALLOIS.

XVII.— Rossbach a eu l'occasion d'observer le fait assez rare d'une chylurie chez une jeune fille de 21 ans qui n'avait jamais quitté l'Europe, mais qui était atteinte d'une lésion valvulaire encore compensée. Ses urines étaient peu abondantes et présentaient une teinte laiteuse dues à des gouttelettes graisseuses en suspension ; parfois même, il s'y produisait des coagulations spontanées. La teneur en graisse pouvait s'élever jusqu'à 10 pour cent. Les globules blancs et l'albumine se rencontrent en très faible proportion dans ces urines. Les aliments gras diminuaient la richesse en graisse des urines, tandis que les aliments hydrocarbonés pouvaient les quadrupler.

Considérant que les proportions relatives de graisse et d'albumine renfermées dans les urines ne concordaient nullement avec celles de ces deux corps dans le sang, Rossbach en conclut qu'il ne s'agissait pas d'une simple transsudation, mais d'un produit de véritable excrétion des reins.

XVIII.— Il existe une variété rare d'ascite qui est produite par l'épanchement du chyle dans la cavité péritonéale ; le nom d'ascite chyleuse doit lui être maintenu.

Cet épanchement résulte toujours d'une lésion ou d'un obstacle siégeant sur les vaisseaux chylifères, les ganglions ou le canal thoracique.

L'irruption du chyle dans le péritoine a lieu, soit par franche solution de continuité des chylifères, ou du canal thoracique, soit par transsudation.

Ce mécanisme démontré rigoureusement dans le cas qui fait l'objet de ce travail de l'auteur, peut être invoqué pour l'interprétation de faits analogues, où la constatation anatomique, souvent fort délicate, de la stase chyleuse et de l'effraction des vaisseaux blancs a fait défaut.

Cliniquement, la nature chyleuse de l'épanchement peut déjà être affirmée presque avec certitude, d'après les caractères suivants : l'extrême finesse et la régularité de l'émulsion graisseuse qu'il renferme, sa pauvreté en globules blancs et rouges, la rapidité de reproduction de l'épanchement avec les mêmes caractères. Enfin, l'expérience instituée par l'auteur, si elle réussit, sera décisive : elle consiste à doser la quantité de graisse contenue dans le liquide d'une première ponction, à soumettre ensuite le malade à un régime riche en matière grasse, et à constater dans le liquide de la ponction, pratiquée quelques jours après une augmentation considérable de la teneur en graisse. A. GILBERT.

I. — **Zur Ætiologie des Diabetes mellitus, par PEIPER** (*Deutsche med. Woch., p.* 352, 1887).

II. — **Contributo clinico alla teoria dell'origine nervosa del diabete, par VANNI** (*Rivista clin. e terap., p.* 399, *août* 1887).

III. — **Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète, par AUBEL** (*Thèse de Paris*, 1887).

IV. — **De l'exagération du réflexe rotulien chez les glycosuriques, par DREYFOUS** (*Revue de médecine, décembre* 1886).

V. — **Spinalleiden und diabetes (Maladies spinales et diabète), par R. V. HOESSLIN** (*Münch. med. Woch., p.* 893, 1886).

VI. — **Contribution à l'étude de la dyscrasie diabétique, par HUGONNENQ** (*Revue de méd., avril* 1887).

VII. — **Pathogénie et traitement du coma diabétique, par LÉPINE** (*Revue de médecine, mars* 1887).

VIII. — **Cas de coma diabétique chez un enfant; expériences de physiologie pathologique, par J.-L. PREVOST et P. BINET** (*Revue méd. de la Suisse romande, VII, p.* 241, *mai* 1887).

IX. — **Ueber coma diabeticum, par STADELMANN et MINKOWSKY** (*Berl. klin. Woch., p.* 917, *novembre* 1887).

X. — **Ueber Diabetes mellitus, par von MERING** (*Berl. kl. Woch., p.* 351, *mai* 1887).

XI. — **Zur Pathologie des Diabetes mellitus, etc., par Stanislas ZALESKI** (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIV, Heft* 1, *p.* 91).

XII. — **Die Zuckerharnruhr, ihre Theorie und Praxis (Le diabète au point de vue théorique et pratique), par W. EBSTEIN** (*Wiesbaden*, 1887).

XIII. — **Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus (L'albuminurie dans le diabète sucré), par A. POLLATSCHEK** (*Zeitsch. f. kl. Med., p.* 379).

XIV. — **De l'influence des maladies intercurrentes à peptonurie sur le diabète sucré, par THORION** (*Revue méd. de l'Est*, 15 *janvier* 1887).

XV. — **Nouveaux faits pour servir à l'histoire des lésions histologiques du rein dans le diabète sucré, par I. STRAUS** (*Arch. de Physiol.*, 1er *juillet* 1887).

XVI. — **Ueber lipogenen Diabetes, par E. H. KISCH** (*Berl. kl. Woch., p.* 857, *novembre* 1887).

XVII. — **Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, par BRAULT et GALLIARD** (*Arch. gén. de méd., janvier* 1887).

I. — Peiper attribue le diabète au refroidissement dans l'observation suivante :

Jeune fille de 17 ans, sans antécédents héréditaires, bien portante jusqu'au 31 décembre 1885. Ce jour-là, elle va au bal, danse et boit un verre d'eau glacée. Elle rentre ensuite dans la salle de bal, éprouve bientôt une soif très vive et boit encore plusieurs verres d'eau froide; à partir de ce jour, elle devient polyurique et perd ses forces ; on constate, le 1er juin, 4 à 5 litres d'urine avec une grande quantité de sucre. Guérison au bout de deux mois.

L. GALLIARD.

II. — Vanni cite trois observations de diabète survenus sous l'influence de causes morales :

Dans la première, les symptômes dataient d'une époque récente où le malade avait eu de grands chagrins de famille par suite de la perte subite d'une personne qui lui était chère.

Dans la seconde, le malade avait perdu son unique enfant enlevé par le croup en 3 jours, et, en même temps, avait été impliqué dans une affaire fâcheuse qui l'avait beaucoup tourmenté. Le diabète débuta d'une façon aiguë avec des symptômes fébriles.

Le troisième cas est celui d'un jeune homme qui consacrait à l'étude de 12 à 14 heures par jour, se privant de toute promenade et de toute distraction.

L. GREFFIER.

III. — L'auteur a fait une série d'expériences sur des chiens dont il sectionnait et irritait les nerfs pneumogastriques. Il conclut qu'il est possible, en lésant ces nerfs, de produire des troubles morbides très voisins de ceux du diabète; l'irritation mécanique du bout périphérique produit une polyurie avec azoturie sans sucre ; celle du bout central amène la glycosurie. Pour lui, le diabète spontané a une origine nerveuse, et est dû, sans doute, à une irritation soit périphérique, soit centrale du pneumogastrique. H. L.

IV. — Dreyfous oppose les diabétiques à réflexe rotulien diminué aux glycosuriques dont les réflexes sont parfois exagérés. Les premiers, dit-il, ont une innervation qui pèche par défaut; les seconds, au contraire, ont pour expliquer leur glycosurie des lésions multiples du système nerveux qui jouent le rôle d'excitant. Cette exagération des réflexes rotuliens peut avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic différentiel du diabète avec la glycosurie. GIRAUDEAU.

V.— Au cours du tabes dorsal ou des diverses scléroses de la moelle, le diabète sucré peut survenir ; il indique alors l'extension du processus morbide au 4me ventricule.

Mais, d'autre part, au cours du diabète sucré, divers symptômes se rencontrent, tels que l'ataxie, les troubles sensitifs ou urinaires, la perte du réflexe rotulien qui pourraient faire croire à l'existence d'un tabes dorsal, si la disparition rapide de ces symptômes, sous l'influence d'un traitement antidiabétique, ne montrait que la maladie fondamentale et primitive est le diabète. Suit une observation personnelle.

Il est vraisemblable que, dans les cas de ce genre, il s'agit plutôt de névrites diabétiques que de lésions spinales. Le sucre contenu en excès dans le sang agirait directement sur les nerfs périphériques.

A. CHAUFFARD.

VI. — Dans un cas de coma diabétique observé par Lépine, Hugonnenq a trouvé dans l'urine émise par le malade avant tout traitement de l'acide crotonique, produit de déshydratation de l'acide β-oxybutyrique ; ce dernier acide existait en notable quantité dans le sang. Enfin Lépine ayant, à ce malade, pratiqué une infusion intra-veineuse salée de bicarbonate de soude, l'urine émise après cette opération ne contenait plus ni sucre, ni acide β-oxybutyrique. Hugonnenq pense que cet acide, produit de l'oxydation du sucre, a été détruit sous l'influence du liquide alcalin injecté ; on sait, en effet, que les milieux alcalins sont très favorables à la combustion complète du sucre et à sa transformation en acide carbonique et en eau. C. GIRAUDEAU.

VII. — Lépine ne croit pas que la présence de l'acétone dans le sang puisse expliquer les accidents comateux des diabétiques. Avec Stadelmann, il suppose que, chez tous les diabétiques, le sang contient une certaine quantité d'un acide encore mal défini, mais semblant avoir la plupart des propriétés de l'acide β-oxybutyrique obtenu synthétiquement par Wislicenus et Markownikoff. Dans certains cas de diabète grave, la production de cet acide augmenterait et donnerait naissance aux accidents qui caractérisent le coma diabétique, d'où la théorie de la dyscrasie acide avancée par Stadelmann. Lépine a pu, dans un cas de diabète comateux, s'assurer de l'exactitude du fait avancé par Stadelmann ; mais à la notion de dyscrasie acide, il substitue celle de toxicité spéciale des acides organiques contenus dans le sang. En vue de lutter contre cette toxicité, il propose de tenter des infusions intra-veineuses d'eau salée bicarbonatée ; les sels de soude, par leur action diurétique, devant favoriser l'élimination des acides toxiques par les urines. L'auteur a essayé ce traitement dans un seul cas sans succès, il est vrai, mais cette tentative est insuffisante pour juger la méthode. C. GIRAUDEAU.

VIII. Il s'agit d'une fillette de 6 ans et demie, diabétique, avec état typhoïde, polyurie et polydipsie. Bientôt des accidents comateux se développent : une première fois, amendés à la suite de la suppression des féculents et de l'administration de glycérine et de bromure de potassium, ils reparurent et entraînèrent la mort. Les urines offraient la réaction de Gerhardt avec le perchlorure de fer, seulement pendant les périodes comateuses. Autopsie négative. Le cerveau et le liquide céphalo-rachidien renfermaient de l'acétone, substance qui n'existe pas dans le cerveau normal.

Prevost a injecté à des lapins les urines de la période comateuse, se proposant d'élucider les causes du coma diabétique.

Ces expériences, conduites avec grand soin, ont donné les mêmes résultats que les injections des urines normales. (Voir le détail dans le mémoire.) J. B.

IX. — Stadelmann considère le coma des diabétiques comme le résultat d'une intoxication par les acides, et le traite avec succès par des injections intraveineuses d'une grande quantité d'une solution à 3 0/0 de carbonate sodique dans 0,6 0/0 de chlorure de sodium. Préventivement, il administre en abondance des solutions alcalines saturées, tout spécialement quand il va mettre les malades au régime exclusivement animal.

Minkowsky regarde aussi le coma du diabète comme l'indice d'un empoisonnement acide. Chez un comateux diabétique, il a trouvé en effet la proportion d'acide carbonique du sang diminuée de moitié, ce qui est une preuve certaine de l'alcalinité moindre de ce liquide.

Sur 5 cas de coma diabétique observés à la clinique de Kœnigsberg, il en a guéri un par l'administration précoce et profuse de carbonate de soude.

Bien que le régime de Cantini entraîne au début une augmentation de l'acide oxybutyrique dans l'urine, lorsqu'on le continue un certain temps, les acides disparaissent. J. B.

X. — Chez les chiens qui ont jeûné un certain temps, l'administration de la phloridzine détermine de la glycosurie. Mering en conclut que dans ces circonstances, le sucre ne peut provenir que de l'albumine. Il se trouve ainsi amené à considérer l'albumine comme un glycoside qui peut donner lieu par dédoublement à du sucre. Ce sucre, provenant du

dédoublement de l'albumine, pourrait ensuite servir à la production de graisse. En fait, la forme grave du diabète se caractérise par l'élimination du sucre, malgré un régime exclusivement albumineux. Quant à l'action de la phloridzine, Mering l'explique ainsi. Cette substance ne donne pas lieu à une formation anormale de sucre, mais elle empêche l'utilisation du sucre formé normalement. De même pour le diabète de l'homme, Mering n'admet pas une production anormale de sucre, mais seulement un non-emploi ou une non-destruction de sucre normalement produit. J. B.

XI. — Zaleski recherche si, dans le diabète, la proportion de sucre contenu dans les organes est augmentée autant que Quincke l'a signalé dans un cas. Il constate que, pour être fréquente, la présence du sucre dans les organes n'est pas constante chez les diabétiques. Dans les cas où on rencontre le fer, il se trouve à l'état de combinaison organique vraisemblablement uni à l'albumine. Il s'agirait d'un albuminate d'oxyde de fer. Dans le sang des diabétiques, la quantité de fer peut être au-dessus de la normale (0,074 0/0 au lieu de 0,055 0/0). P. GALLOIS.

XII. — D'après Ebstein, le diabète est une maladie *sui generis* due à une constitution défectueuse du protoplasma, qui a pour conséquence une trop faible production d'acide carbonique au sein des tissus. Il résulte de cette anomalie que les ferments diastasiques contenus dans l'organisme agissent d'une façon exagérée non seulement sur le glycogène des divers organes, mais aussi, principalement dans les cas graves, sur les matières albumineuses qui subissent également une sorte de liquéfaction.

De nombreuses expériences d'Ebstein ont établi en effet que l'acide carbonique a la propriété d'empêcher l'action des ferments diastasiques sur le glycogène.

Dans les formes légères du diabète, pour rétablir l'équilibre entre la production et l'assimilation du sucre, il suffit de recourir à une alimentation riche en albuminoïdes qui détermine une augmentation dans la formation de l'acide carbonique. Mais dans les formes graves, le trouble du processus d'oxydation du protoplasma est trop intense pour qu'un régime richement azoté soit en état de combler le déficit et de protéger suffisamment le glycogène contre l'action des ferments saccharifiants. Alors, c'est l'albumine organique qui est employée à rétablir l'équilibre.

Une autre conséquence de la trop faible production d'acide carbonique (déjà signalée par Voit et Pettenkofer) est la diminution du besoin d'oxygène qui entraîne un abaissement de la chaleur animale, phénomène d'un pronostic très défavorable.

L'albuminurie, qui complique la glycosurie dans les cas graves, s'explique aussi par l'incapacité du protoplasma à produire l'acide carbonique en quantité suffisante. En effet, c'est également l'acide carbonique qui protège la globuline et en empêche la métamorphose par les ferments organiques en matières albuminoïdes plus facilement diffusibles. L'albuminurie résulte de la transformation exagérée de la globuline.

Quant à la soif exagérée des diabétiques, elle a pour cause non seulement la déshydratation des tissus tenant à l'affinité pour l'eau du sucre circulatoire, mais encore à ce que le glycogène abandonne l'économie

sous forme d'hydrate de carbone, privant ainsi l'organisme d'une portion de l'eau nécessaire à sa conservation, tandis que normalement la combustion du glycogène donne lieu à de l'acide carbonique et à de l'eau qui est retenue dans les tissus.

La qualité défectueuse du protoplasma, qui est la base du diabète, est d'origine congénitale, bien que les symptômes ne s'en manifestent qu'à la suite de causes occasionnelles variées.

Ebstein nie le rôle étiologique des affections cérébrales, des maladies du pancréas, des lésions du plexus solaire; pour lui, ce sont des effets et non des causes du diabète qui est une diathèse congénitale.

La conséquence thérapeutique de ces idées théoriques, c'est que les matières grasses doivent constituer le fond du régime diabétique, parce que, dans l'organisme, les graisses sont comburées directement en acide carbonique et eau, deux éléments constituants qui font précisément défaut chez les diabétiques.

Ebstein permet d'ailleurs le pain à la dose quotidienne de 60 à 100 grammes. Enfin il cherche à favoriser la production d'acide carbonique dans l'intimité des tissus, par la gymnastique et le massage.

L'action curative de l'eau de Carlsbad est due peut-être aussi à sa richesse en acide carbonique. J. B.

XIII. — Sur 1,187 urines diabétiques analysées, Pollatschek trouve de l'albumine en quantité plus ou moins grande dans 437 cas, soit 37 0/0. Cette albuminurie paraît proportionnelle au degré de la glycosurie.

Quand la quantité de sucre monte à 0,5 0/0, l'albuminurie est beaucoup plus fréquente que lorsqu'elle est inférieure à ce chiffre. M. DEBOVE.

XIV. — Voici les conclusions du mémoire de Thorion :

La diminution ou même la suppression de la sécrétion du glucose qui paraissent se produire sous l'influence de certaines maladies, telles que scarlatine, pneumonie, etc., sont la plupart du temps, sinon toujours, factices, et tiennent à l'apparition des peptones dans les urines, peptones dont la présence nuit à la précision de la liqueur de Barreswill. Avant d'affirmer qu'une urine traitée par la liqueur de Barreswill ne renferme pas de glucose, surtout dans un cas de pneumonie ou de scarlatine intercurrente, on devra abandonner le tube d'essai pendant plusieurs heures; une réaction négative d'abord donnera après ce temps un résultat positif, pourvu que la quantité de glucose soit environ deux fois aussi forte que celle de la peptone contenue dans l'urine, ce qui est d'ailleurs le cas de beaucoup le plus fréquent. Il est facile, s'il y a doute, d'éliminer au préalable les peptones par l'acide chlorhydrique et le phospho-tungstate de soude; le liquide filtré, alcalinisé par la potasse, sera soumis, sans cause d'erreur cette fois, à l'action de la liqueur de Barreswill.

Il vaut mieux ne pas utiliser l'action de la potasse et du sous-nitrate de bismuth, du réactif de Sachsse ou de Knapp, qui, tous, pourraient donner naissance, sous l'influence de la potasse, à un sulfure métallique noir, d'aspect identique à celui du métal réduit par la glucose. P. PARISOT.

XV. — Armanni a montré que, dans les reins des diabétiques, l'on peut observer au niveau de la zone limitante une métamorphose hyaline des cellules des tubes droits; selon Ehrlich cette métamorphose hyaline est l'effet d'une infiltration glycogène. Les recherches de Straus établissent

que la lésion d'Armanni peut exister sans qu'il soit possible, en suivant les précautions techniques indiquées par Ehrlich, de constater la présence de matière glycogène dans les cellules des tubes droits. Il est légitime de supposer dans ces conditions, que l'infiltration glycogène du rein a existé à un moment donné et a disparu à un autre moment, pendant la vie des malades sous une influence qu'il est impossible de déterminer. La lésion d'Armanni continue alors à subsister, comme un témoignage indélébile et à lui seul suffisamment caractéristique de l'infiltration glycogénique du rein dans le diabète. A. GILBERT.

XVI. — Il résulte de l'expérience de Kisch que plus de la moitié des obèses héréditaires deviennent diabétiques et que dans les autres formes d'embonpoint exagéré, on rencontre également 15 fois sur 100 le diabète. Maintes fois, dans une famille, certains membres offrent dès leur jeunesse une obésité intense, tandis que d'autres, sont diabétiques sans être obèses, ou bien encore quelques membres de la famille présentant un embonpoint anormal sont atteints du diabète, entre 30 et 40 ans. Kisch donne le tableau généalogique de 3 familles de ce genre.

Chez les obèses en général, il n'est pas rare d'ailleurs de rencontrer de la glycosurie qui, très passagère durant un certain nombre d'années, finit par devenir continue.

Le passage de l'obésité au diabète est le plus souvent très grave.

Les individus en question perdent d'abord une partie de leur embonpoint, ce dont ils se réjouissent. Du reste leur diabète a une évolution relativement bénigne et lente, la proportion du sucre est ordinairement peu considérable (2 à 3 0/0) et les urines contiennent fréquemment un sédiment d'oxalate de chaux.

Comme la polysarcie héréditaire, l'embonpoint qui acquiert très rapidement un degré excessif, paraît aussi prédisposer au diabète. J. B.

XVII. — Malade diabétique, présentant une hypertrophie considérable du foie, sans tuméfaction de la rate. Pas de pigmentation de la peau ni des muqueuses. Pas d'ictère.

A l'autopsie, le foie pesait 2,650 grammes. Il avait une teinte brunâtre. Sa surface était chagrinée. Il était dur, résistant.

L'examen histologique montra les lésions suivantes : disparition de la structure lobulaire, cirrhose-porte et sus-hépatique.

Les cellules hépatiques contenaient du pigment en grande quantité.

Pour expliquer la formation du pigment en pareil cas, les auteurs supposent que, dans certaines formes de diabète, le pigment sanguin fourni quotidiennement à la cellule hépatique est altéré et qu'il ne peut être utilisé par elle : la transformation en chromogène biliaire ne s'effectue pas, et il y a rétention du produit. Le pigment apparaîtrait d'abord dans le foie, parce que cet organe est celui où s'élaborent et s'éliminent les pigments.

Au point de vue des rapports qui existent entre la cirrhose et la pigmentation, il paraît à peu près impossible de dire si la cirrhose précède ou suit la pigmentation du foie. Les auteurs sont d'avis qu'elle la précède. RICHARDIÈRE.

I. — **Zur Ætiologie des Typhus abdominalis**, par **BEUMER** (*Deutsch. med. Woch.*, *p.* 613, 1887).

II. — **De l'origine des épidémies de fièvre typhoïde observées dans les casernes de la marine à Lorient**, par **BROUARDEL** et **CHANTEMESSE** (*Ann. d'hyg. pub. et méd. lég.*, *XVIII*, *p.* 497, *décembre* 1887).

III. — **Épidémie de fièvre typhoïde à Genève en 1884**, par **P.-L. DUNANT** (*Revue méd. de la Suisse romande*, *VII*, *p.* 378, *juillet* 1887).

IV. — **De la gangrène du poumon dans la fièvre typhoïde**, par **SIMON** (*Revue méd. de l'Est*, *p.* 180, 1887).

V. — **Contribution à l'étude des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde**, par **ABRIAL** (*Thèse de Paris*, 1887).

VI. — **Contribution à l'étude des fièvres typho-malariennes du Gabon (rémittentes typhoïdes)**, par **SALAÜN** (*Thèse de Bordeaux*, *n°* 10, 1886-87).

VII. — **De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde**, par **L. WILLAUME** (*Thèse de Nancy*, 1887).

VIII. — **Ueber die diagnostische Verwerthung der Typhusbacillen (Valeur diagnostique du bacille typhique)**, par **MERKEL** et **GOLDSCHMIDT** (*Centralb. f. kl. Med.*, *p.* 393, 1887).

IX. — **Befund von Typhusbacillen beim Lebenden (Recherche du bacille typhique sur le vivant)**, par **RÜTIMEYER** (*Corr.-Blatt f. schw. Aerzte*, *p.* 397, *juillet* 1887).

X. — **Das chronische Rückfallsfieber, eine neue Infectionskrankeit (Une nouvelle maladie infectieuse, la fièvre à rechutes chronique)**, par **Wilhem EBSTEIN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 565, 1er *août* 1887).

XI. — **Pseudoleukæmie oder chronisches Rückfallsfieber ?** par **P. K. PEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 644, 29 *aout* 1887).

XII. — **Chronisches Rückfallsfieber, eine neue Infectionskrankheit : Zweite Mittheilung (Fin de l'observation rapportée sous le titre de fièvre à rechutes chronique)**, par **Wilhelm EBSTEIN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 837, 7 *novembre* 1887).

XIII. — **Typhoid fever; Statistics, etc.** par **ASTA-BURUGUA** (*New York med. Journ.*, *p.* 487, 30 *avril* 1887).

I. — La fièvre typhoïde est rare à Greifswald; elle n'a causé que 10 décès sur 677 décès en 1886. Aux environs, même rareté. Cependant, il existe une propriété communale, Wackerow, à 2 kilomètres de Greifswald, qui fait exception à la règle. Sur 120 habitants, on y compte tous les ans de 3 à 6 typhiques; en 1875 il y eut 24 cas et 5 décès; en 1880, 30 cas et 6 décès. Aussi les autorités de Greifswald ont-elles prescrit une enquête sur les eaux de consommation.

L'auteur a constaté que le domaine de Wackerow est alimenté par 4 puits dont il a examiné l'eau. L'eau du puits n° 3 est seule jaunâtre et odorante, elle n'est pas utilisée par les habitants; les autres sont limpides. Les substances organiques fournies par un hectolitre sont de 9gr,4 au puits n° 1, et aux autres de 4gr,5, 13gr,5 et 3gr,9.

Sur des plaques de gélatine, on voit se développer en quatre jours les

colonies bacillaires; on peut évaluer le contenu d'un centimètre cube d'eau n° 1 à 19,200 colonies, le n° 2 à 25,000, le n° 3 à 27,100; le n° 4 à 25,600 ; tandis qu'une bonne eau ne doit pas en contenir plus de 1,000.

Les cultures provenant des puits n°s 2, 3 et 4 ne contiennent pas de bacilles typhiques.

Au contraire, le puits n° 1 fournit le bacille d'Eberth ; l'auteur le constate à l'aide de cultures multipliées (gélatine, pomme de terre, agar-agar, sérum sanguin) ; en l'injectant dans le péritoine des souris, il reproduit des lésions spléniques et intestinales analogues à celles de la fièvre typhoïde.

C'est donc le puits n° 1 qui a servi de milieu de culture au bacille typhique : l'auteur le désigne aux autorités comme la source de l'endémie.

L. GALLIARD.

II. — Depuis un grand nombre d'années, la fièvre typhoïde apparaît au printemps et à l'automne dans les casernes de l'arsenal de Lorient ; au contraire, la population civile reste à peu près indemne. Inversement, le choléra (en 1866) a atteint une bonne partie de la population civile et n'a frappé que 7 soldats.

Mais les habitants de Lorient et les troupes de la marine boivent de l'eau différente. L'eau qui alimente l'arsenal vient de sources situées à 2 kilomètres de la ville. Les travaux de captation, de canalisation et de distribution sont dus à la Compagnie des Indes et remontent par conséquent aux dernières années du XVIIe siècle. D'autre part, les déjections des 30,000 habitants de Lorient sont répandues deux fois par an, en février et en août, sur les champs dont la surface recouvre les points de captation des eaux de l'arsenal. Ces eaux, qui, à leur point de captage, sont déjà souillées, circulent dans des conduites vieilles, non étanches, traversent le sous-sol de prairies largement arrosées de fumiers et parcourent à une faible profondeur le jardin potager de l'hôpital civil dans lequel sont constamment déversées les déjections de tous les malades. L'aqueduc s'avance jusqu'à moins de $1^m,50$ de l'endroit où sont placées les tinettes de la caserne qui sont très défectueusement installées.

La seconde cause de fièvre typhoïde, c'est l'infection de l'air due aux latrines représentées par des tonneaux de bois placés immédiatement sous les fenêtres des salles de la caserne. Au premier et au second étage, une fenêtre est plus particulièrement située au-dessus des tinettes; les 3 lits placés à côté de cette fenêtre ont été occupés par des soldats qui ont tous été atteints de fièvre typhoïde.

La première pluie abondante qui survient après l'épandage de l'engrais est suivie un mois après, d'une épidémie de fièvre typhoïde. C'est ce qui ressort de l'étude des courbes donnant la chute des pluies et la date de l'apparition de la fièvre typhoïde pendant les vingt-sept dernières années.

Depuis quelque temps, on fait camper les recrues au polygone alimenté par l'eau de la ville ; or les recrues n'ont pas présenté un seul cas de fièvre typhoïde. J. B.

III. — Travail important d'épidémiologie, accompagné d'un plan de la ville et d'un graphique représentant l'évolution chronologique de l'épidémie. L'éclosion de l'épidémie a été simultanée dans tous les quartiers, durant la seconde quinzaine de février 1884. Cette épidémie a été le ré-

sultat d'une réunion de circonstances tendant toutes à l'altération des eaux distribuées par le service municipal. La prise d'eau potable avait lieu dans le port où se déversaient des égouts de la banlieue, recevant les déjections de 200 maisons, dont quelques-unes, peu de mois auparavant, comptaient des malades atteints de fièvre typhoïde.

Dix-huit jours avant le début de l'épidémie de Genève on se mit à draguer la vase amenée par les égouts à 700 mètres de la prise d'eau; une dizaine de jours après qu'on eut cessé de soulever cette vase, l'épidémie entra en pleine décroissance pour cesser définitivement dix-huit jours après l'installation des prises d'eau en plein lac. La dissémination des cas a été si générale dans tous les quartiers alimentés par le Rhône, qu'aucune rue n'a été exempte de malades. Au contraire, dans toutes les localités desservies soit par l'eau de l'Arve, soit par des puits, on n'a pas compté un seul cas primitif; la contagion y a seule donné lieu à un certain nombre de cas secondaires.

Six malades avaient déjà été atteints précédemment de fièvre typhoïde. On a noté plusieurs cas d'infection professionnelle parmi les blanchisseuses. Les trois cinquièmes des malades ont été traités à domicile. Répartie selon les sexes, la proportion des malades (dans la population tout entière) a été de 26 1/2 pour 1,000 hommes et de 22 1/2 pour 1,000 femmes. L'épidémie a atteint un nombre considérable d'enfants.

La mortalité de cette épidémie, égale à 7,6 0/0 est très faible, ce que Dunant est tenté d'attribuer à ce que la souillure des eaux était très diluée.

En résumé, l'épidémie de 1884 à Genève, est un type des épidémies de fièvre typhoïde dont l'éclosion et la propagation sont dues aux eaux potables. La meilleure preuve que seule la contamination de l'eau du service municipal était responsable, c'est que depuis lors, et cette année encore, on a continué et repris les grands travaux du Rhône qu'on avait à tort incriminés (mise à sec du lit du fleuve après établissement d'un barrage, nivellement du fond, construction d'égouts collecteurs) sans que l'épidémie ait reparu. Les circonstances sont pourtant identiques, à part deux : le transport de la prise d'eau en plein lac et la construction des deux collecteurs parallèles au fleuve qui recueillent maintenant toutes les eaux d'égout pour ne les déverser dans le Rhône qu'en aval de Genève. J. D.

IV. — Simon n'admet pas que, dans la fièvre typhoïde, la gangrène pulmonaire soit aussi fréquente que l'ont écrit Hofmann, Griesinger, etc.; c'est une affection rare, du moins dans nos pays.

Il relate l'observation d'une jeune fille chez laquelle se développa, au début du 2e septénaire, une broncho-pneumonie double qui se termina par gangrène le quarantième jour de la maladie. Fait également à noter, dans la même salle que cette malade, se trouvait une épileptique atteinte d'une gangrène localisée du poumon gauche ; aussi, ajoute Simon, est-il permis de se demander s'il n'y a pas une relation entre ces deux faits. P. PARISOT.

V. — Les abcès miliaires du rein apparaissent dans la fièvre typhoïde, comme au cours de toute maladie infectieuse grave.

C'est une lésion de nature infectieuse, une sorte de pyohémie secondaire, dont la cause peut être interne ou externe et qui peut coexister

avec d'autres manifestations infectieuses sur d'autres points du corps.

La lésion rénale se présente à divers états de développement; elle est caractérisée surtout par une glomérulo-néphrite suppurative. Il est probable qu'elle est produite par une diapédèse de micro-organismes de nature encore indéterminée qui franchiraient la paroi vasculaire et la capsule de Bowmann et se répandraient dans le tissu conjonctif voisin.

Cette lésion est presque impossible à diagnostiquer cliniquement. Elle ne se révèle qu'à l'autopsie.

Le traitement ne peut être que prophylactique; il devra consister dans l'antisepsie de l'ulcération intestinale ainsi que des suppurations cutanées. A. GILBERT.

VI. — Salaün considère la maladie comme une fièvre typhoïde modifiée par l'impaludisme. La symptomatologie se rapproche de celle de la fièvre typhoïde par l'état général, la diarrhée fétide et s'en distingue par les exaspérations brusques et intermittentes de la fièvre et l'absence de taches rosées lenticulaires. A l'autopsie, on trouve les plaques de Peyer tuméfiées et même un peu ulcérées; les lésions, moins caractéristiques que celles de la fièvre typhoïde, sont généralement localisées au voisinage de la valvule iléo-cœcale, soit sur l'intestin grêle soit sur le gros intestin. W. DUBREUILH.

VII. — La forme cardiaque de la fièvre typhoïde est caractérisée par une accélération paralytique primitive du cœur, indépendante de complications pulmonaires antérieures et d'altérations de la fibre musculaire de cet organe; *forme cardiaque pure* et *forme cardiaque avec symptômes nerveux concomitants:* tels sont les deux principaux types. L'accélération paralytique du cœur paraît produite par la localisation du poison typhique sur son centre d'innervation.

La symptomatologie est la suivante : accélération, faiblesse du cœur et du pouls, engorgement pulmonaire, cyanose et refroidissement des extrémités.

La mort est la terminaison presque constante; elle survient rapidement, quelquefois subitement; c'est alors la forme cardiaque sidérante.

La thérapeutique paraît être jusqu'alors désarmée contre cette forme spéciale de la dothiénentérie, c'est cependant à la médication stimulante qu'on doit s'adresser de préférence. P. PARISOT.

VIII. — Merkel et Goldschmitt ont recherché le bacille typhique dans 75 cas, dont 5 avec autopsies; leurs résultats sont conformes à ceux obtenus déjà par de nombreuses observations (présence dans le sang, dans la rate, etc.). La multiplication *post mortem* du bacille est douteuse. Au point de vue de la transmission placentaire, résultats négatifs des coupes et cultures dans un cas d'avortement gémellaire au 3e mois.

L'examen du sang, pratiqué pendant la vie au niveau des taches rosées, est resté négatif dans les 6 cas où il a été pratiqué. Trois fois, au contraire, dans des cas douteux, résultats positifs obtenus par l'examen des matières fécales.

La présence des bacilles n'a pu être constatée dans les urines.

A. CHAUFFARD.

IX. — Rütimeyer a cultivé du sang recueilli sur des typhoïdiques au niveau de taches rosées, en ensemençant 16 tubes à gélatine. Dans l'un

d'eux il a réussi à obtenir le bacille caractéristique de la fièvre typhoïde. J. B.

X. — Jeune homme de 19 ans ayant eu, à deux reprises, la diphtérie. L'affection actuelle remonte à un an environ. Elle a commencé par de la céphalalgie et l'inappétence, des douleurs au côté droit du ventre. Simultanément le malade avait de la fièvre par accès, avec exacerbations vespérales. Depuis 7 mois qu'on a pris régulièrement la température, on a noté 9 accès fébriles durant 13 ou 14 jours, séparés par des périodes d'apyrexie de 10 ou 11 jours. L'ascension thermométrique s'effectue par échelons ; elle atteint son sommet vers le milieu de l'accès, avec une température toujours supérieure à 40°, quelquefois même à 41° ; puis commence la descente thermométrique, qui s'opère également par échelons, tout en étant continue. Durant la période apyrétique, les températures du matin comme celles du soir sont d'abord inférieures à la normale, avec un minimum de 35°,6. Cette évolution cyclique de la fièvre constitue le seul symptôme caractéristique de la maladie. En dehors de lui, on ne note guère comme phénomène constant que l'hypertrophie splénique ; chaque nouvel accès laisse la rate un peu plus volumineuse. Le pouls est fréquent (140) et faible. Le sang ne présente ni augmentation du nombre des globules blancs, ni microrganismes. Les urines ne renferment ni albumime, ni sucre. Leur quantité ne se modifie pas pendant les accès fébriles. La langue est saburrale.

La quinine, l'arsenic, le changement d'air, se sont montrés complètement impuissants.

Ebstein pense avoir affaire à une maladie infectieuse (non contagieuse), confondue jusqu'ici sous le nom de pseudoleucémie et qu'il préfère dénommer provisoirement fièvre à rechutes chroniques. Pel (*Berlin, kl. Woch.*, 1885, n° 1) a rapporté un cas identique chez un homme de 25 ans. J. B.

XI. — Pel rapporte deux nouveaux cas de l'affection dont il a fait une forme infectieuse de pseudoleucémie. Les deux observations sont accompagnées d'autopsie et d'une courbe thermométrique. Le premier malade était un officier de marine âgé de 32 ans, qui avait eu de la fièvre paludéenne, de l'hépatite et de la dysenterie. Il paraissait remis, lorsqu'il fut pris d'accès de fièvre durant en général de 10 à 12 jours et alternant avec des périodes apyrétiques de longueur à peu près égale. Le foie et la rate se tuméfièrent ; l'anémie et la cachexie allèrent croissant, malgré la quinine, l'arsenic, le salicylol. Ces accidents duraient depuis 1 an lorsque survinrent des hoquets et un ictère hépatogène, qui causèrent la mort du malade, au milieu de symptômes de cholérine.

A l'autopsie, on constate une hypertrophie du foie, de la rate et des ganglions rétropéritonéaux et mésentériques.

Le second malade était un ancien matelot, âgé de 41 ans, qui avait eu la fièvre jaune à l'âge de 16 ans. Chez lui, la maladie dura 13 ou 14 mois, se traduisant par des périodes fébriles de 15 jours, séparées par des intervalles de bonne santé de 2 à 3 semaines. La rate, le foie et les ganglions susclaviculaires gauches augmentèrent de volume. L'anémie fit des progrès ; le malade fut pris d'anasarque et d'ictère ; enfin il succomba dans le marasme, sans que jamais son sang eût présenté d'augmentation des globules blancs. A l'autopsie, hypertrophie des ganglions

bronchiques, susclaviculaires rétropéritonéaux et mésentériques. Petites nodosités lymphoïdes au-dessus de l'endocarde et sur la plèvre pulmonaire. Hyperplasie du foie et de la rate qui, de même que les reins, offrait des granulations et des nodosités lymphoïdes.

Chez l'un et l'autre malade, dans les phases d'apyrexie, la température descendait au-dessous de la normale, tandis qu'aux approches de l'accès, elle remontait insensiblement et graduellement pour redescendre de même à la fin de l'accès. J. B.

XII. — Après une nouvelle période fébrile, semblable aux précédentes, le jeune homme de 19 ans dont Ebstein a rapporté l'observation (*Berlin klin. Wochens.* 1887 n° 31) a succombé dans le coma, précédé d'anasarque.

Son autopsie a révélé la présence de lymphosarcomes durs dans les ganglions bronchiques, médiastinaux et rétropéritonéaux, ainsi que dans les poumons, les plèvres et le foie. Les reins et la rate offraient de nombreux infarctus ; le myocarde, les muscles du squelette, les reins et le foie, étaient atteints de dégénération graisseuse.

Ebstein, malgré l'absence de microrganismes, maintient qu'il s'agit là d'une maladie infectieuse à laquelle, en attendant mieux, il conserve le nom de fièvre à rechute chronique.

Cette forme de pseudoleucémie paraît plus commune en Angleterre. Murchison en a décrit 1 cas chez une fillette (*Transactions of the patholog. Soc. of London, XXI* (1870). Mais il y avait en même temps tuméfaction des ganglions externes. Gowers (*Reynold's. système of medecin*, London, 1879 V) en a fait également un type spécial de la maladie d'Hodgkin. J. B.

XIII. — L'auteur donne la statistique de 45 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital de Roosevelt, du 1er juin au 1er décembre 1886 : 33 hommes et 12 femmes, de 15 à 45 ans. On a compté 4 décès (soit 8,88 0/0 de mortalité) dus à la péritonite, la méningite, la pyémie, l'adynamie.

Parmi les 45 cas favorables, le plus court a duré 17 jours, le plus long 53 jours, quatorze rechutes, dont la plus longue a duré 26 jours. Deux malades ont rechuté deux fois.

La température n'a pas dépassé 106°,4 F. Le délire a existé chez la moitié des malades ; l'épistaxis dans 17 cas ; 3 cas d'otite moyenne.

Traitement : le plus souvent, l'expectation. Dans quelques cas on a donné l'antipyrine avec l'antifébrine. Neuf malades ont eu des bains froids.

L. GALLIARD.

Étude des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde, par L. LANDOUZY et A. SIREDEY (*Revue de médecine*, 10 *octobre et* 10 *novembre* 1887).

Landouzy et Siredey étudient plus particulièrement, dans ce mémoire, les déterminations à *longue portée* de la fièvre typhoïde sur le cœur et sur les vaisseaux. Ces déterminations seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, elles s'établiraient dans le cours ou dans le déclin de la maladie, et consisteraient en une endo-périartérite à évolution silencieuse le plus souvent au début. De telle sorte qu'un typhique, considéré comme guéri de sa fièvre typhoïde et guéri en réalité de celle-ci, en tant que maladie aiguë, porte avec lui une lésion artérielle

chronique plus ou moins généralisée, reliquat de cette même fièvre typhoïde. L'aboutissant de cette lésion artérielle est l'artério-sclérose, qui évolue alors progressivement et qui, suivant les individus, entraîne une sclérose cardiaque, rénale, hépatique, cérébro-spinale ou plusieurs scléroses viscérales combinées. Chez d'autres, ce sera une lésion aortique (une dilatation le plus souvent) qui s'établira, car c'est le propre de ces déterminations angio-vasculaires de frapper d'une part les petites artères, d'autre part l'aorte, en laissant indemnes ou à peu près les vaisseaux de moyen calibre. Si l'on néglige la fièvre typhoïde comme facteur étiologique des accidents, la pathogénie vraie échappe, car on a le plus souvent affaire à des individus jeunes chez lesquels on ne retrouve aucune des causes classiques de l'artério-sclérose. Si, au contraire, on est prévenu, on suivra de près les convalescents de fièvre typhoïde, autant que faire se peut, et aussitôt que les accidents d'affaiblissement vasculaire apparaîtront, on interviendra à l'aide de révulsifs (vésicatoires, cautères) et d'iodure de potassium pour tâcher d'enrayer la lésion artérielle dystrophique.

C. GIRAUDEAU.

De la mort subite dans la fièvre typhoïde, par DEWÈVRE (*Archives de médecine, octobre et décembre* 1887).

La mort subite dans la fièvre typhoïde est assez fréquente pour que l'auteur ait pu en recueillir 142 observations. Elle paraît être dans la proportion de 4 pour 100 sur les cas de mort par fièvre typhoïde. Elle est rare aux deux extrêmes de la vie (enfance et vieillesse). Elle se montre surtout à la fin de la maladie, fréquemment pendant la 3e semaine.

La mort subite peut survenir dans une dothiénentérie d'évolution absolument normale, sans être annoncée par aucun signe particulier. Elle survient d'autres fois avec un cortège de symptômes tout à fait spéciaux, malgré leur durée éphémère. Ces symptômes prémonitoires consistent en dyspnée, que l'auscultation ne permet pas d'expliquer, en syncopes, en convulsions, en irrégularités du rythme du cœur. Les convulsions paraissent avoir une réelle importance comme signe prodromique. Elles simulent à s'y méprendre les convulsions de l'urémie.

Les lésions trouvées à l'autopsie ont été nulles dans 48 cas. Les autres fois, on a trouvé de la myocardite (16 fois) un épanchement péricardique (9 fois), une embolie de l'artère pulmonaire (7 fois), de la congestion pulmonaire, de la congestion cérébrale, des altérations rénales.

Aucune des théories mises en avant pour expliquer la mort subite dans la fièvre typhoïde n'est applicable à tous les cas observés. Quelques-unes de ces théories doivent être absolument rejetées. Les autres sont acceptables mais n'interviennent que pour un certain nombre de faits bien déterminés. En réalité, la mort survient de trois façons : ou bien le malade succombe à une des causes habituelles de la mort foudroyante (hémorragie, embolie), ou bien il meurt par urémie consécutive à une néphrite typhoïdique, ou bien encore il est tué par une localisation spéciale du poison typhoïgène sur le pneumogastrique.

RICHARDIÈRE.

Die Tænia nana und ihre medicinische Bedeutung (Le tænia nana et son importance en médecine), par GRASSI (*Centralblatt für Bact. u. Par.*, n° 4, 1887).

L'auteur a rencontré à plusieurs reprises dans les selles d'individus bien portants des œufs de vers plats, très analogues à ceux du tænia médiocanellata, mais en différant cependant par des dimensions moins considérables, par une membrane d'enveloppe plus épaisse, quoique plus transparente et d'une coloration blanchâtre; pendant fort longtemps, il ne savait à quel ver attribuer l'existence de ces œufs, lorsqu'il eut l'occasion de pouvoir administrer à deux jeunes Siciliens, dont les matières fécales en contenaient un grand nombre, une certaine quantité d'extrait éthéré de fougère mâle; grâce à ce vermifuge, les deux malades rendirent l'un et l'autre plusieurs milliers de petits vers plats, d'une longueur de 8 à 15 millimètres, dont la structure anatomique était identique à celle du tænia nana, décrit par Bilharz et Leuckart; ce qui donne à ce fait un intérêt particulier, c'est que l'existence de ce ver n'a été qu'une seule fois constatée. Les expériences entreprises par Grassi sur les animaux, tels que lapins, chiens, etc., ne lui ont jamais permis de constater le développement d'un cysticerque et cependant il est à peu près certain que ce parasite n'accomplit pas son entière évolution sur le même hôte.

Au point de vue médical, il est encore intéressant de noter, d'après Grassi, que les individus atteint de ce parasite présentent de nombreux symptômes morbides, tels que faiblesse des facultés intellectuelles, attaques épileptiformes sans perte de connaissance, mélancolie et boulimie, etc., qui disparaissent rapidement après l'expulsion du ver intestinal. L'enfant, à l'autopsie duquel Bilharz constata pour la première fois l'existence de ce parasite, avait présenté des troubles tels que l'on avait porté le diagnostic de méningite. W. OETTINGER.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I.— Ueber primäre und definitive Resultate der Prolapsoperation, par COHN.

II. — Discussion de la 60e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, *p.* 793, 17 *octobre* 1887).

I. — Cohn donne les résultats de 105 opérations de prolapsus pratiquées par Schrœder. 80 fois ils ont été bons, 17 fois moins satisfaisants; 23 opérations ont été suivies de reproduction du prolapsus.

II. — Hegar critique ces chiffres; les nombreuses récidives sont l'indice de fautes opératoires, tenant soit à la méthode, soit au chirurgien.

Quant à la méthode anglaise ou rapide, elle ne peut guère donner de bons résultats à la longue, et Hegar reste partisan des méthodes usitées en Allemagne et consistant à ne pas faire de lambeau et à exciser le tissu

superflu. Contrairement à Cohn, *Kaltenbach* n'attache aucune importance ni au genre de fil, ni au mode de la suture.

Veit rappelle que Willms avait décrit l'opération de L. Tait, mais elle n'empêche pas la production des fistules recto-vaginales. J. B.

Note sur le gigantisme utérin. Ses accidents. Son traitement, par POLAILLON (*Union médic.*, 22 *novembre* 1887).

L'auteur désigne sous le nom de gigantisme utérin, l'hypertrophie totale de l'utérus en état de vacuité; cette affection se rencontre chez les femmes âgées de trente ans, et se caractérise anatomiquement par l'hypertrophie régulière de tous les éléments utérins, avec agrandissement proportionnel de la cavité utérine. Dans les cas très prononcés, les règles deviennent de véritables pertes, les périodes intermenstruelles s'accompagnent d'un écoulement séro-muqueux, plus ou moins abondant; le coït, la marche, les secousses des voitures provoquent des pertes et des douleurs. On constate alors la présence d'une tumeur régulière, qui ressemble à un utérus gravide de quatre à six mois, tumeur qui augmente au moment des règles et diminue dans l'intervalle. La ménopause met un terme aux hémorragies du gigantisme utérin.

Polaillon recommande trois moyens thérapeutiques : 1° l'ergotine qui réussit assez bien à combattre les hémorragies, mais n'est qu'un palliatif; 2° l'électricité sous forme de courants continus; 3° si la vie des patientes est en danger, l'opération de Battey. H. L.

Ouverture des abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 367-377, 1887).

Il y a deux variétés d'abcès du bassin ayant pour origine les organes génitaux de la femme : les uns fusent sous le péritoine et s'approchent plus ou moins de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque ou de l'arcade de Fallope, où on peut les ouvrir directement en décollant ou non le péritoine; ils peuvent aussi s'ouvrir par le vagin. Dans la seconde variété dont il est ici question, l'abcès se développe du côté de la cavité du bassin et y constitue une véritable poche fluctuante libre sur une grande partie de son étendue, adhérente par sa base au rectum, à la vessie et à l'utérus. Ces abcès abandonnés à eux-mêmes s'ouvrent dans le rectum ou dans la vessie et peuvent guérir, mais le plus souvent ils deviennent fistuleux avec des évacuations intermittentes, et aboutissent à la septicémie chronique; ils peuvent aussi se rompre dans le péritoine, et provoquer la mort par péritonite purulente.

Ces abcès sont difficiles à atteindre par le rectum et le vagin. Lawson Tait a proposé d'aller hardiment les ouvrir par la laparotomie. Le péritoine étant incisé, l'intestin refoulé, on vide la poche. Celle-ci est ensuite ouverte, ses bords sont soudés à la plaie abdominale, et l'opération est terminée par un drainage bien installé.

Terrillon publie trois cas :

1° Abcès du bassin intra-péritonéal. Rupture dans le péritoine. Péritonite suraiguë. Laparotomie après 36 heures. Ablation de la poche de l'abcès, nettoyage du péritoine. Mort.

2° Ancien abcès péri-utérin, intra-péritonéal, ouvert dans le rectum. Laparotomie. Ouverture, nettoyage et drainage de l'abcès. Guérison.

3° Ancien abcès péri-utérin intra-péritonéal ouvert dans le rectum. Suppuration continue. Laparotomie. Ouverture, nettoyage, drainage de l'abcès. Guérison.

Le nettoyage de cette poche doit être aussi complet que possible, sa destruction est même désirable, mais il ne faut employer la curette qu'avec précaution à cause de la friabilité des parois. MAURICE HACHE.

Hæmatoma ligamenti rotundi, par Sigmund GOTTSCHALK (*Centralbl. für Gynækologie*, *n°* 21, 1887).

Il s'agit d'une tumeur de la région inguinale droite, enlevée par le Dr Landau à la polyclinique de Berlin. Le sujet était âgé de 28 ans : la tumeur avait paru 3 ans et demi auparavant, brusquement et sans cause appréciable ; prise pour une hernie, elle était devenue très douloureuse et de plus en plus grosse sous l'influence de l'application du bandage. L'opération ne présente aucune difficulté, le pédicule fut abandonné sans suture et la malade guérit rapidement. La tumeur était un kyste à parois lisses, rempli de sang. L'examen microscopique ne permet aucun doute sur son point de départ : les couches qui constituent la paroi sont en allant de l'extérieur à l'intérieur, une couche connective, une couche musculaire à fibres lisses, une couche vasculaire et une couche connective à mailles très lâches dont les intervalles sont remplis d'éléments figurés du sang ; le contenu du kyste n'étant pas emprisonné par une couche épithéliale, avait pénétré dans l'interstice du tissu de la paroi sous l'influence de la pression intra-kystique. Le pédicule présente la structure du ligament rond.

L'hématome du ligament rond n'a pas été décrit. Il peut être confondu avec une hernie de l'intestin ou de l'ovaire; mais il est surtout très difficile de le distinguer de l'hématome du diverticule de Nuck. Le signe le plus important est l'indolence de ce dernier, qui n'est tiraillé par aucun des organes voisins ; tandis que l'hématome du ligament rond donne lieu à de violentes douleurs causées soit par la compression résultant de la contraction des parois abdominales, soit par les tiraillements que lui imprime l'utérus dans ses variations de position. H. DE BRINON.

Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben (Histologie normale et pathologique des trompes de Fallope), par E. G. ORTHMANN (*Arch. f. path, An. u. Phys.*, *CVIII, Heft* 1, 165).

Dans l'anatomie pathologique des trompes, Orthmann s'occupe d'abord de la salpingite catarrhale. Elève de A. Martin, il admet comme lui deux formes principales de cette affection : l'une portant sur la muqueuse seule (Endosalpingite), l'autre intéressant en outre la paroi musculaire (salpingite catarrhale interstitielle); cette dernière peut présenter deux variétés l'une hémorragique, l'autre folliculaire. Cette dernière variété est caractérisée par la production d'un grand nombre de petits kystes pénétrant même dans les couches musculaires. Il s'occupe ensuite de la salpingite purulente, et constate que dans le pus on ne peut déceler l'existence de microorganismes par aucune méthode de coloration ou de culture. Il passe en revue ensuite l'hématosalpinx, l'hydrosalpinx et le pyosalpinx. Ses examens ont porté sur 25 trompes enlevées par laparotomie. P. GALLOIS.

Ueber neuere (englische) Methoden der Perineoplastik... (D'une méthode anglaise de périnéorrhaphie), par SAENGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 793, 17 *octobre* 1887).

La méthode de Lawson Tait pour la périnéorrhaphie consiste essentiellement à ne faire aucune excision de tissu et à fendre en travers la cloison recto-vaginale. Avec de légères modifications, elle est applicable aux déchirures incomplètes et complètes du périnée et aux degrés considérables de prolapsus. Mais dans ce dernier cas, la périnéorrhaphie doit être précédée de l'amputation ou de l'excision du col et de la colporrhaphie. Saenger a pratiqué 17 fois l'opération de L. Tait sans un seul échec. J. B.

Torsion des Uterus bei grossem subserösen Myom (Torsion de l'utérus produite par un volumineux fibrome sous-séreux), par Félix SKUTSCH (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 41, 1887).

Après l'excision d'un volumineux fibrome sous-séreux qui paraissait implanté sur la face antérieure de l'utérus, Schultz s'aperçut que l'utérus avait subi une rotation de 180° autour de son axe vertical, de telle sorte que la face qui se présentait et sur laquelle était inséré le fibrome était la face postérieure ; immédiatement et sous les yeux de l'opérateur, l'utérus reprit de lui-même sa position normale. La tumeur pesait 4,850 grammes et mesurait 28 centimètres de longueur maxima sur 22 de largeur. Elle avait pris dans les derniers temps un développement rapide ; l'auteur admet que ce développement résultait de la gêne circulatoire qui s'était produite par le fait de la torsion et que cette torsion était récente.

Deux autres faits semblables ont été publiés ; Virchow a décrit une pièce de l'institut pathologique de Berlin présentant une torsion complète. Dans le cas de E. Kuster, la torsion constatée à l'autopsie faisait 2 tours et demi, et enfin dans une opération faite par Schrœder on constate une demi-torsion. La torsion de l'utérus gravide n'est pas rare dans l'espèce animale. H. DE BRINON.

Des tumeurs mixtes de l'ovaire, par POUPINEL (*Archiv. de physiologie*, (15 *mai* 1887).

Entre les kystes mucoïdes de l'ovaire et les kystes dermoïdes se rangent une série de tumeurs intermédiaires qui méritent la désignation de *kystes mixtes*.

Dans ces tumeurs on peut trouver accolés l'un à l'autre des kystes dermoïdes et des kystes à épithélium pavimenteux, cubique, vibratile caliciforme, polymorphe, etc. Bien plus, l'on peut trouver, réunis, dans une seule et même cavité kystique, l'épiderme avec ses annexes et un revêtement épithélium uniforme ou polymorphe. La paroi conjonctive des tumeurs mixtes est formée d'un tissu jeune, adulte ou myxomateux. Elle peut renfermer des dents, du tissu cartilagineux, osseux, musculaire et nerveux.

Lorsque les deux ovaires sont pris, ils peuvent être tous les deux le siège d'une tumeur mixte ou bien l'on peut observer toutes les associations possibles entre les kystes dermoïdes, mucoïdes et mixtes.

L'existence de tumeurs mixtes peut jeter une certaine lumière sur les kystes dermoïdes qui auraient subi la dégénérescence cancéreuse ; peut-

être, dans quelques-uns de ces cas, l'examen histologique complet aurait-il révélé l'existence de portions mucoïdes? A. GILBERT.

Vaginale Totalexstirpation des Uterus... (Hystérectomie et ovariotomie pratiquées en une seule séance; guérison), par Robert ASCH (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 27, 1887).

Il s'agissait d'une femme de 42 ans, atteinte de cancer du col et de kyste ovarien. Le 23 mai 1887, Fritch pratique en premier lieu l'hystérectomie vaginale, en second lieu, l'ablation du kyste par laparotomie. Les deux opérations réunies ont duré 2 heures moins le quart. Suites complètement apyrétiques pendant 6 jours : la plaie abdominale est réunie par première intention, et la malade se trouve si bien, qu'il est impossible de lui imposer les précautions nécessaires. Alors, sous l'influence de mouvements inconsidérés, se produit une déchirure de la plaie abdominale : les anses intestinales s'échappent de la cavité abdominale et restent pendant près de 2 heures pendantes entre les cuisses, et en contact immédiat avec les couvertures. Nouvelle opération de 3/4 d'heure, à la suite de laquelle la température oscille pendant 2 jours entre 38° et 39°,4. Pouls à 112 et 120, puis la convalescence reprend sa marche régulière. H. DE BRINON.

Zur Entstehung von Beschwerden nach Laparotomie (Des adhérences épiploïques consécutives à la laparotomie), par Ernst SONNTAG (*Berlin. klin. Woch., n°* 50, *p.* 939, 12 *décembre* 1887).

Le 24 avril 1879, Hegar fait une double ovariotomie pour mettre fin à des accidents dysménorrhéiques, rebelles aux autres traitements. La suppuration d'un des points de la suture tégumentaire empêcha la réunion par première intention. Néanmoins, les phénomènes douloureux et les troubles dyspeptiques liés à la menstruation disparurent. Mais, neuf mois après la laparotomie, la malade commença à ressentir des élancements passagers à gauche de la cicatrice opératoire, et des envies de vomir après les repas ; plus tard, les douleurs abdominales devinrent continues et présentèrent des paroxysmes ; elles siégeaient superficiellement, n'étaient pas augmentées par la pression ni par les garde-robes ; pour les modérer, la femme devait se coucher sur le côté, la cuisse repliée sur le ventre. La cicatrice opératoire était large et déprimée dans son milieu. Les douleurs étant devenues intolérables, le 19 mai 1887, Hegar se décida à exciser la cicatrice. Il trouva un paquet d'épiploon soudé à la paroi abdominale, à la partie inférieure gauche de la cicatrice. Les adhérences épiploïques, étalées en éventail, dépassaient par en bas l'incision de la laparotomie et s'étendaient jusque dans le petit bassin. Il n'existait, en revanche, pas d'adhérences de l'intestin ni des moignons résultant de l'ovariotomie. Après avoir détaché et lié les adhérences, Hegar excisa un gros tronçon d'épiploon. La réunion se fit par première intention, et dès lors, tous les troubles morbides ont disparu. J. B.

A case of acute dilatation of the stomach following laparotomy (Cas de dilatation aiguë de l'estomac à la suite d'une laparotomie), par J. B. HUNTER (*Boston med. et surg. jour.*, 13 *octobre* 1887).

Il s'agit d'une femme de 25 ans, mariée depuis quatre ans, sans enfants, Elle était atteinte d'endométrite et de douleurs dans la région des ovaires. Elle portait une hernie inguinale droite depuis quatre ans. Tous les moyens de traitement ayant échoué, on pratiqua la laparotomie. Peu de temps après l'opération, la malade fut prise de nausées et de vomissements. Elle succomba le neuvième jour. A l'autopsie, l'estomac énormément dilaté, présen-

tait des lésions d'inflammation chronique. Les parois étaient manifestement atrophiées. Le pylore était perméable. J.-B. H.

Sur une variété de kystes para-ovariens et ses rapports avec les kystes de l'ovaire, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 460-475, 1887).

1° Dans le ligament large on peut trouver deux variétés de grands kystes para-ovariens (indépendants de l'ovaire).

2° Les uns sont uniloculaires, à parois simples, avec épithélium cubique et contenu incolore, peu albumineux et ne contenant pas de paralbumine.

Ils sont de beaucoup les plus fréquents.

3° Les autres, ordinairement uniloculaires, ont une paroi beaucoup plus complexe, quelquefois légèrement végétante par places. L'épithélium qui tapisse cette paroi est polymorphe; le contenu plus ou moins coloré contient de l'albumine et surtout de la paralbumine. Ceux-ci se rapprochent donc par leur structure des véritables kystes de l'ovaire (épithéliomas mucoïdes).

Ils semblent être rares.

4° Malgré la différence apparente due à la structure et au contenu de ces deux variétés de kystes para-ovariens, celle-ci n'est pas assez nettement établie pour qu'on puisse les considérer comme deux variétés distinctes au point de vue de leur origine.

5° Quelques auteurs modernes ne sont pas éloignés d'admettre qu'il s'agisse là d'une variété unique, mais présentant des variantes nombreuses allant depuis le kyste le plus simple avec contenu semblable à l'eau, jusqu'aux kystes à parois plus compliquées qui, par leur situation et leur contenu, sont à peu près semblables aux kystes ovariques proprement dits.

6° L'origine de ces kystes serait, pour beaucoup d'auteurs, soit les débris du corps de Rosenmüller, soit des morceaux d'ovaires surnuméraires perdus dans le ligament large.

7° Ainsi serait expliquée la reproduction presque fatale du liquide après la ponction, reproduction qui se fait à échéance variable, suivant la nature de la paroi et surtout de l'épithélium. M. HACHE.

Zur Frage der Stielversorgung... (La question du meilleur mode de traitement du pédicule), par Gust. A. DIRNER (*Centralblatt für Gynækologie, n.* 7 *et* 8, 1887).

Se basant sur 31 laparotomies pour ablations de fibromes, l'auteur se prononce en faveur du traitement extrapéritonéal. Au point de vue du résultat opératoire, les 31 laparotomies qui ont été pratiquées par le professeur Tauffer à Budapesth se divisent ainsi :

12 opérations avec traitement intrapéritonéal, 8 guérisons, 4 morts;

19 opérations avec traitement extrapéritonéal, 17 guérisons, 2 morts.

En réunissant à ces 31 cas les statistiques de différents opérateurs (Bantok, Hegar, Schrœder, etc.), l'auteur arrive à un total de 406 qui donnent pour le traitement intrapéritonéal.

Sur 96 cas, 12 morts, soit 12.5 0/0 pour le traitement extrapéritonéal; sur 310 cas, 121 morts, soit 39 0/0 pour le traitement intrapéritonéal.

L'auteur conclut ainsi :

Dans les myomotomies, le traitement extrapéritonéal est préférable, toutes les fois que le pédicule est volumineux et musculaire; le traitement intrapéritonéal ne convient que pour les fibromes superficiels à large base, où l'on peut recouvrir la plaie avec le péritoine, pour les pédicules minces, membraneux, non vasculaires, et enfin pour les amputations sans ouverture de la cavité utérine.

Dans l'amputation supravaginale, qu'il s'agisse ou non de fibromes, la méthode extrapéritonéale est le traitement de choix parce qu'elle met seule à l'abri de l'infection septique et de l'hémorragie. H. DE. BRINON.

Ueber Microorganismen in den weiblichen Genitalien während der Schwangerschaft und im Puerperium (Microorganismes des organes génitaux pendant la grossesse et l'état puerpéral), par GOENNER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 23, p. 729, 1er décembre* 1887).

Gönner a fait ses recherches sur 31 femmes près d'accoucher et sur les lochies de femmes en couches,

Avant l'accouchement, il a trouvé dans les sécrétions du col utérin beaucoup de bacilles et peu de microcoques. Mais ces derniers se multiplient par les cultures beaucoup plus que les premiers, sans d'ailleurs que le milieu nourricier et la température aient quelque influence à cet égard. Les microcoques ne sont pas pathogènes pour les cobayes. Gönner a rencontré une fois (les recherches ont été faites à Bâle) l'asconomyces nosocomii viennensis. Il a pu isoler et cultiver deux espèces de bacilles. Quant aux espèces de bactéries, elles sont très nombreuses.

Dans les sécrétions des femmes en couches, on reconnaît toujours des staphylocoques. Les streptocoques se rencontrent presque exclusivement dans l'endométrite septique; bien que leurs cultures aient réussi 4 fois, les expériences d'inoculation sont restées infructueuses. Gönner n'hésite pas cependant à les considérer comme l'agent causal de la fièvre puerpérale et il repousse l'idée d'Ahlfeld qui cherche l'origine des affections puerpérales dans la désinfection insuffisante des sécrétions de femmes en couches non malades. J. B.

Recherches expérimentales relatives à l'influence de la grossesse sur la circulation, par Otto ENGELSTROM (*Ann. de gyn. et d'obst., juillet* 1886).

Les expériences de l'auteur confirment celles de Spigelberg et de Lahs. La circulation de l'utérus pendant la grossesse n'apporte pas elle-même aucun obstacle à la circulation aortique. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la cause de l'augmentation du travail du cœur pendant la grossesse. Ce n'est pas dû non plus à une compression de l'aorte par l'utérus gravide. Pour l'auteur, il faut en chercher la cause dans une augmentation de la pression intra-abdominale. PORAK.

Variole et grossesse, par G. SANGREGORIO (*Il Morgagni, décembre* 1887).

Sur 72 cas de variole survenue pendant le cours de la grossesse, l'auteur a observé 31 fois l'interruption de la grossesse (43 0|0) et 26 morts (31 0|0). En distinguant les diverses formes de variole il obtient les résultats suivants : sur 7 cas de varioloïde, une fois interruption de la gros-

sesse (14 0[0) pas de décès; sur 40 cas de variole discrète, 10 fois interruption de la grossesse (25 0[0) et 3 morts (7,5 0[0); sur 22 cas de variole confluente, 17 fois interruption de la grossesse (77 0[0) et 20 morts (90 0[0); sur 3 cas de variole confluente 3 fois interruption de la grossesse et 3 morts. GEORGES THIBIERGE.

Ueber einen Fall von Eindickung des Fruchtwassers (Épaississement du liquide amniotique coïncidant avec une nutrition défectueuse de l'enfant), par LOMER (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 34, 1887).

Il s'agit d'une femme de 32 ans, mariée depuis 4 ans et n'ayant eu qu'un avortement au 3e mois, causé par une attaque de rhumatisme ; arrivée au terme d'une deuxième grossesse, elle donne naissance à un enfant vivant du poids de 2,750 grammes, présentant toutes les apparences de l'athrepsie : peau ridée, fanée, se laissant soulever en larges plis; face vieillotte, épiderme se détachant par lambeaux. L'accouchement s'était fait normalement, mais avec cette particularité qu'il n'y avait pas eu trace de liquide amniotique : ce liquide était remplacé par une substance grise gélatineuse, évaluée environ 250 grammes. Le placenta n'a pas été examiné, et le liquide gluant qui remplaçait le liquide amniotique n'a été étudié au point de vue histologique ni au point de vue chimique. L'enfant est mort au bout de 9 mois. Il n'y avait pas trace de syphilis.

Deux autres faits semblables ont été publiés, l'un par Claudi (*Oesterr. Med. Jahrb.*, B. XX, Stuck 3), et un autre dans l'*Americ. Jour. of med.* sc., CXLI, p. 125. H. DE BRINON.

Sur la Maternité de l'hôpital de la Charité, par BUDIN (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *IX*, 492, *juin* 1887).

Pendant les 4 années 1883 à 1886, 1349 femmes sont venues accoucher à la Charité et 21 ont succombé dont 9 par infection puerpérale; 4 de ces infections ont été contractées dans le service. Durant le même temps, 767 femmes ont accouché chez les sages-femmes agréées par l'administration et 5 ont succombé dont 4 par infection puerpérale.

En résumé, à l'hôpital, la mortalité générale a été de 1,55 0[0; celle par infection puerpérale de 0,66; celle par infection contractée à l'hôpital, de 0,29, et celle par infection chez les sages-femmes de 0,52. J. B.

De l'antisepsie à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, par CHARLES (*Thèse de Paris*, 1887).

En 1885 et en 1886, il y eut 1,261 accouchements, suivi 18 fois de décès pour les mères. Ces cas se décomposent ainsi : insertion vicieuse du placenta 3 fois, rupture de l'utérus 3 fois, affection organique du cœur 1 fois, phtisie pulmonaire 1 fois, néphrite aiguë avec broncho-pneumonie, 1 fois intoxication mercurielle, 8 fois accidents septiques. Parmi les cas de septicémie, deux fois il s'agissait de femmes ayant subi des opérations en ville et présentant avant leur entrée à l'hôpital des lésions graves du canal pelvigénital. La mortalité générale est donc 1,35 0[0 et de 0,63 0[0 par septicémie. La fièvre, quelque courte qu'elle ait été, quelle que soit sa cause, a été notée 213 fois, mais 37 fois les accidents ont duré plus de huit jours et ont été quelquefois suivis d'exsudats inflammatoires péri-utérins.

Les accouchements chez les sages-femmes agréées ont été pendant ces deux années de 1945, 16 fois suivis d'accidents infectieux avec 7 décès. Les cas légers ont certainement passé inaperçus. La mortalité est donc de 0,31 0[0 chez les sages-femmes agréées.

Si on considère que les sages-femmes agréées ne recoivent que des cas normaux, que tous les cas qui permettent de soupçonner une difficulté ou un danger, sont retenus à l'hôpital, on conclura de cette statistique qu'on pourrait supprimer les accouchements chez les sages-femmes agréées et faire à l'hôpital tous les accouchements. PORAK.

Ueber die Gefährdung des Dammes durch Gesichtslagegeburten (Du rôle des présentations de la face dans les déchirures du périnée), par Franz TORGGLER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 14, 1887).

L'auteur a recueilli à la clinique d'Inspruk, dans le service de Schauta, pendant les années 1885-86, un certain nombre de mensurations (443 enfants) desquels il résulte que le diamètre submento-occipital (dans les présentations de la face) est toujours plus grand que le petit oblique : la différence serait de 1c,90 d'après ses chiffres, tandis que d'après ceux de Fraenkel elle est de 1c.08 et d'après ceux de Breisky de 1c.41 ; et la différence des circonférences serait de 4,72 cent. Il en résulte que les présentations occipitales postérieures sont les moins favorables, puisque la circonférence qui doit traverser la vulve est plus grande. H. DE BRINON.

Ueber den Werth der künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten (Valeur de l'accouchement prématuré artificiel dans les maladies internes), par LÖHLEIN (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XIII, Heft* 2).

Les maladies infectieuses aiguës, typhus, variole, érésipèle, ne créent pas d'indication; il en est de même de la pneumonie et de la phtisie.

Certaines affections causées et entretenues par la grossesse telle que les vomissements incoercibles, l'hydrémie et l'anémie pernicieuse des femmes grosses justifient l'interruption artificielle de la grossesse, lorsqu'elles mettent en danger la vie de la mère.

Trois sortes d'indications peuvent se présenter dans le cours de la néphrite des femmes grosses :

I. Lorsque l'œdème et l'épanchement séreux des cavités splanchniques prennent des proportions très élevées; dans deux cas d'œdème extrême des grandes lèvres, l'auteur a vu l'avortement se produire sous l'influence de la scarification des grandes lèvres;

II. Pour éviter les accidents éclamptiques pendant le travail. L'auteur a rencontré 3 fois cette indication, 1 fois l'intervention a réussi, dans les deux autres cas le travail a été suivi d'accès éclamptiques : cependant mères et enfants ont été sauvés;

III. En vue de conserver la vie de l'enfant. Lorsqu'une femme a perdu un premier enfant sous l'influence de la néphrite gravidique, il est permis à une grossesse ultérieure d'avancer le terme de la grossesse. La crainte de voir se transformer la néphrite gravidique en une néphrite chronique a été considérée par certains auteurs comme une indication : cette crainte n'est fondée sur aucun fait certain.

Quant à la néphrite chronique préexistant à la grossesse, il est impossible de poser en ce qui la concerne des règles générales.

Sur 15 grossesses observées chez des cardiaques, l'auteur ne s'est trouvé qu'une fois dans l'obligation d'interrompre la grossesse. L'œdème des extrémités inférieures et des grandes lèvres était extrême, l'orthopnée menaçante : l'état s'améliora immédiatement après la délivrance : l'enfant était petit et ne vécut qu'à force de soins. Dans 3 grossesses consécutives les accidents se renouvelèrent, mais ne prirent jamais la même intensité, bien que les enfants fussent très gros : et les moyens ordinaires suffirent pour atteindre la fin de la grossesse. N. DE BRINON.

Eine seltene Indication der künstlichen Frühgeburt... (Une indication rare d'accouchement prématuré artificiel), par Robert KOPPE (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 10, 1887).

L'auteur était appelé récemment auprès d'une tuberculeuse atteinte d'œdème de la glotte et menacée de suffocation imminente, cette femme était au commencement du 9e mois de sa grossesse ; la mort pouvait arriver d'une heure à l'autre.

Dans ces conditions l'auteur se prononce pour un accouchement prématuré artificiel et se propose de suivre la méthode de Krause. Il examine la malade et, trouvant le canal cervical perméable, il pratique avec le doigt le décollement des membranes correspondant au segment inférieur. Immédiatement après, le travail s'établit, et l'accouchement a lieu spontanément sans qu'il y ait besoin d'aucune autre manœuvre. La malade se rétablit et les accès de suffocation disparurent complètement ; 3 mois après elle succombait à une paralysie du cœur.

L'auteur croit que, dans des circonstances pareilles, il vaut mieux faire l'accouchement prématuré artificiel que d'attendre la mort de la mère pour faire l'opération césarienne *post mortem*. Les résultats de l'expérience qu'il avait faite en décollant les membranes, lui font conclure que, dans l'état normal, le décollement spontané des membranes résultant de la dégénérescence graisseuse de la caduque est un des principaux facteurs qui entrent en jeu pour provoquer le travail. H. DE BRINON.

A new explanation of the renal troubles, eclampsia and other pathological phenomena of pregnancy and labor, par A. F. A. KING (*American Journal of obstetrics*, *mars et mai* 1887).

L'auteur a surtout en vue les cas d'éclampsie urémique que l'on observe chez les primipares dans les derniers mois de leur grossesse ou pendant l'accouchement. Il se base sur l'observation de 21 cas ; et formule ainsi sa théorie :

Les troubles qui se produisent dans la circulation et la fonction du rein sont dus surtout à la pression exercée par l'utérus gravide sur l'aorte abdominale ou ses branches, ou sur la veine cave ou ses branches, ou sur ces deux vaisseaux : et cette compression des gros vaisseaux a lieu lorsque l'enfant et le corps de l'utérus ne conservent pas leur obliquité latérale normale au-dessus du détroit supérieur.

A l'état normal l'enfant se présente dans l'utérus avant le début du travail en présentation oblique et en position dorso-antérieure. La présentation de la tête pendant la grossesse est un fait anormal. La position normale de l'utérus dans les derniers mois de la grossesse, présente

aussi une direction oblique latérale correspondant à la position de l'enfant. Tant que l'enfant et l'utérus restent ainsi placés en écharpe sur la colonne vertébrale, il ne peut pas y avoir compression des gros vaisseaux ; mais dès qu'ils prennent une direction verticale, c'est-à-dire parallèle à l'axe du plan du détroit supérieur, la compression est pour ainsi dire inévitable. Les causes qui tendent à empêcher l'utérus de prendre sa direction oblique normale sont avant tout les moyens de contention (corsets, ceintures) et les attitudes vicieuses ayant pour but de conserver l'élégance de la taille ; le poids des robes, le poids des membres supérieurs appliqués sur le fond de la matrice, le coït pratiqué pendant la grossesse. Il est facile de comprendre par la simple énumération de ces causes comment les troubles urinaires résultant des compressions vasculaires sont plus fréquentes chez les primipares.

La principale cause de compression des gros vaisseaux pendant le travail, serait contrairement à ce qui se passe pendant la grossesse la présentation transversale ; mais ici l'auteur est obligé de reconnaître que les faits cliniques semblent contredire sa théorie ; il n'a pu trouver dans les auteurs que des cas très rares des coïncidences entre l'éclampsie et la présentation transverse pendant le travail ; mais il croit qu'il y a lieu de rechercher plus attentivement qu'on ne l'a fait, si cette coïncidence n'est pas fréquente.

Le traitement préventif de l'éclampsie consisterait donc surtout à éviter toute compression abdominale ; et à faire adopter par les femmes menacées d'attaques soit le décubitus latéral, soit même dans certains cas et dans une certaine mesure la position génu-pectorale.

H. DE. BRINON.

Forced delivery in placenta prævia with remarks, par Jacob TRUSH (*American Journal of obstetrics, mars* 1887).

Dans un cas de placenta prævia central qu'il a eu récemment à traiter, l'auteur trouve le col à peine entr'ouvert pour admettre un doigt : une hémorragie profuse venait d'avoir lieu et avait provoqué une syncope : elle s'était arrêtée spontanément, mais la femme était très affaiblie ; le travail ne paraissait pas commencé ; c'était une présentation du sommet. L'auteur pratiqua la version par manœuvres externes, puis avec deux doigts péniblement introduits dans le col, réussit à percer les membranes et à attirer un pied à la vulve : 3 heures 1/2 après, l'enfant était expulsé, sans effort ni traction forcée. L'hémorragie reparaît immédiatement après l'opération, mais l'introduction dans l'utérus d'un large tampon de coton hydrophile, imbibé de vinaigre de cidre chaud, aidée de l'administration d'ergotine, arrête l'hémorragie. Mère et enfant sont sauvés.

Thad.-A. Rémy a observé 24 cas de placenta prævia ; 11 dans sa propre clientèle, 13 en consultation : sur ce nombre, il y a eu 1 mère morte et 9 enfants. Le traitement employé dans les 11 (12) premiers cas a été le tamponnement, 3 fois ; la méthode de Barnes, 2 fois (dans des cas de placenta latéral) ; et la version podalique, 7 fois. L'unique cas de mort appartient à la série des 13 cas vus en consultation, et a été causée par l'infection septique due, vraisemblablement, à l'abandon trop prolongé d'un tampon.

H. DE BRINON.

Die Uterus-tamponade mit Iodoformagase bei Atonie des Uterus nach normaler Geburt (Le tamponnement de l'utérus avec la gaze iodoformée dans les cas d'atonie utérine consécutive à l'accouchement normal), par A. DUHRSSEN (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 35, 1887).

L'auteur a essayé à diverses reprises le tamponnement contre les hémorragies par atonie; et dans tous les cas le procédé a merveilleusement réussi. Dans deux cas, notamment, d'hémorragie après un accouchement normal, le tamponnement a sauvé la vie des malades, alors que tous les autres moyens s'étaient montrés infructueux. L'auteur conseille donc de ne pas attendre trop longtemps pour tamponner. L'application de la gaze iodoformée (à 20 0/0) se fait avec une longue pince; l'utérus étant fixé et attiré à la vulve : le tampon est ôté au bout de 24 heures, il ne présente pas d'odeur et le plus souvent il n'est pas accompagné de caillots : il provoque pendant tout le temps de son maintien des contractions douloureuses; mais en somme le procédé est moins douloureux et moins difficile que l'application directe du perchlorure de fer, que l'introduction de la main dans la cavité utérine, que la compression de l'uterus à l'aide de la main, etc. H. DE BRINON.

Ueber einen Fall von spontaner perforirender Scheidenruptur mit partiellem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Genesung (Rupture spontanée du vagin avec issue partielle de l'enfant dans la cavité abdominale. Guérison), par A. DUEHRSSEN (*Berlin. klin. Woch., n°* 1, *p.* 8, 2 *janvier* 1888).

Pluripare de 34 ans, ayant eu deux couches gémellaires faciles, malgré un bassin rachitique, rétréci. Présentation du sommet avec procidence des pieds et du cordon ombilical. Rupture spontanée de la poche des eaux, 6 heures après le début du travail. Une demi-heure plus tard, cessation brusque des douleurs utérines, collapsus, dyspnée, pâleur et refroidissement de la face; fréquence et petitesse extrêmes du pouls. Douleurs abdominales continues et augmentant sans cesse de violence. A son arrivée, au bout d'une heure et demie, Dührssen constate l'état de choses suivant :

Toute la portion sous-ombilicale du ventre forme une tumeur globuleuse, constituée par le corps de l'enfant, et coiffée à droite par une tumeur allongée due à l'utérus fortement contracté, tandis qu'à gauche, on sent, entre la paroi abdominale et le corps de l'enfant, des masses molles crépitant comme des boules de neige (accumulation de caillots). Flux de sang par le vagin, où l'on rencontre à droite les deux pieds de l'enfant, à gauche sa tête, mobile sur le détroit supérieur, et, entre deux, plusieurs anses du cordon non animées de battements. Une légère traction sur les pieds suffit pour extraire l'enfant qui est très gros; immédiatement après, sortent le placenta et du sang en abondance. L'orifice du col n'est perméable que pour un doigt. Dans le cul-de-sac vaginal gauche, se trouve une grande ouverture donnant accès dans une cavité remplie de caillots et de sang fluide; les doigts y atteignent plusieurs anses intestinales et le ligament rond gauche. Cette exploration est suivie d'une perte sanguine profuse. Tamponnement avec gaze iodoformée de la cavité péritonéale à travers la déchirure et du vagin; en même temps, compression bimanuelle sur l'abdomen. Transfusion veineuse d'eau salée qui n'a qu'un résultat momentané. La malade vomit tout et paraît devoir succomber rapidement, son pouls étant à peine sensible.

Au bout de 24 heures, Duhrssen retire les tampons, sans qu'il y ait trace d'hémorragie. Cordon induré au niveau du ligament large gauche. Le 9e jour, la déchirure vaginale est déjà complètement cicatrisée; le 21e, la fièvre vespérale cesse, et la malade ne tarde pas à se lever. (*R. S. M.*, IX, 196). J. B.

Ueber die Behandlung der Geburt bei vollständigem Verschluss der Vagina (Conduite à tenir par l'accoucheur en cas d'atrésie absolue du vagin), par Leonhard KESSLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 29, *p.* 527, 18 *juillet*, *n°* 30, *p.* 547, 25 *juillet*, *n°* 32, *p.* 596, 8 *août*, *et n°* 33, *p.* 615, 15 *août* 1887).

Que faire en présence d'une femme en travail qui présente une oblitération complète de la partie supérieure du vagin? Spiegelberg déconseille de tenter l'accouchement par les voies naturelles, parce que l'incision du tissu cicatriciel et la dilatation du canal ainsi créé, toutes difficiles et laborieuses qu'elles soient, ne garantissent pas toujours un passage suffisant pour l'enfant. Spiegelberg conseille donc l'opération césarienne, également recommandée par Benicke (*R. S. M.*, XVII, 632). Mais Lévy et Galabin (*R. S. M.*, X, 582) l'ont pratiquée infructueusement, et Breisky la repousse comme peu favorable à la mère, en ce qu'elle met obstacle à l'écoulement facile des lochies. Breisky est d'avis de lui substituer l'opération de Porro. Quant à Kessler, il veut réserver cette dernière pour les cas où il y a en même temps un rétrécissement du bassin. Lorsqu'il s'agit au contraire d'une simple atrésie du vagin, l'opération de Porro ne lui paraît pas justifiée pour la triple raison suivante. Le raccourcissement et l'inextensibilité du vagin la rendent très difficile; pas plus que l'opération césarienne, elle ne met à l'abri d'écoulements de liquides par le vagin, ainsi qu'en témoignent les cas de Kabierske, de Bayer, d'Ehrendorffer, de Breisky et de Litzmann; enfin, la mutilation qu'elle fait subir à une femme d'ailleurs bien conformée est inadmissible. Reste l'accouchement par les voies naturelles qui est dangereux, dit-on, à tous égards : risque de blessures des organes voisins, d'hémorragie et d'infection. Mais l'observation même de Kessler montre qu'on peut éviter ces périls.

Primipare âgée de 30 ans, ayant depuis deux ans un écoulement très âcre par le vagin. Quelques semaines après être devenue enceinte, elle a eu, sans doute à la suite de pratiques abortives, de violentes pertes sanguines et des douleurs abdominales, puis de la fièvre durant une quinzaine avec flux sanguino-purulent.

Elle est maintenant arrivée au terme de sa grossesse, et a depuis 4 jours des douleurs expulsives. Son bassin est normal. Le vagin ne laisse pénétrer le doigt que sur une longueur de 5 centimètres. A cette profondeur, il se termine en cul-de-sac fermé par une large cicatrice transversale à laquelle aboutissent toutes les parois vaginales qui présentent elles-mêmes des cordons cicatriciels dont l'un se prolonge jusqu'au bourrelet uréthral. Pas trace de col utérin. Le toucher rectal montre que la tête fœtale est dans l'excavation, mais il est impossible ni de la faire remonter ni de l'amener en bas au contact du cul-de-sac vaginal. A travers le rectum, on ne sent pas non plus le col utérin. Avec des écarteurs, il est impossible de distinguer le moindre orifice dans la cicatrice vaginale.

Kessler incise circulairement la cicatrice et la détache sur 3 ou 4 centimètres de largeur et 1 centimètre d'épaisseur, puis il cherche à atteindre la tête fœtale avec le doigt. Il donne ainsi issue à un peu de liquide visqueux et brunâtre, et pénètre dans une cavité irrégulière et traversée de cordons membraneux, qui se trouve sur la droite et se prolonge vers le ligament large; en avant, le doigt s'enfonce plus profondément dans l'espace vésico-utérin. Il fallut employer des pinces et des ciseaux de Cowper pour frayer au doigt un accès jusqu'à la tête fœtale. L'orifice ainsi créé fut porté à 3 centimètres de diamètre, à l'aide de quelques incisions rayonnantes. L'hémorragie

consécutive fut arrêtée par de la glace et un tamponnement. Les contractions utérines augmentèrent d'énergie, sans que l'accouchement fît aucun progrès. Le lendemain matin, il n'y avait aucune apparence de dilatation du canal artificiel, et la malade avait de la fièvre et de l'agitation. Kessler se décida à endormir la femme et à faire toutes les incisions nécessaires pour que le passage devînt suffisant; mais auparavant, il pratiqua des acupressures et des ligatures nombreuses afin de prévenir les hémorragies. Il put alors introduire la main entière, rompre la poche des eaux, appliquer le perforateur et le cranioclaste après avoir fait un lavage phéniqué. Le dégagement du fœtus fut lent, mais facile, de même que la délivrance. L'opération avait duré un peu plus d'une heure. Il n'y eut pas d'hémorragie secondaire. Seigle ergoté et irrigations phéniquées biquotidiennes. Du 3e au 7e jour seulement, l'opérée eut un peu de fièvre et quelques frissons. Le 17e jour, elle quitta l'hôpital. A ce moment, le canal creusé dans la cicatrice n'était déjà plus accessible qu'à un seul doigt. La lèvre antérieure du col se continuait directement avec le tissu cicatriciel de la paroi vaginale antérieure, et seule la lèvre postérieure et le cul-de-sac vaginal postérieur étaient distincts. Il ne restait plus de trace de la cavité constatée à droite au moment de l'opération. Kessler parvint à empêcher l'oblitération du canal vaginal, en faisant porter à la malade des cylindres de verre perforés centralement et fabriqués à son intention. J. B.

Zur Verhütung des Kindbettfiebers (Prophylaxie de la fièvre puerpérale), par LEOPOLD (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 25, *p.* 542, 1887).

Du 1er mai 1886 au 1er mai 1887, les 1,403 accouchements de la Maternité de Dresde n'ont pas fourni un seul cas intérieur d'infection puerpérale. Ce résultat est dû aux soins de propreté minutieuse. Les assistants qui doivent toucher les femmes sont tenus de se laver et de se brosser les mains pendant cinq minutes dans l'eau chaude d'abord, puis pendant trois minutes dans une solution chaude de sublimé à 1/2000; et enfin ils plongent les mains pendant une minute dans une solution de sublimé à 1/1000. On fait aux femmes des injections et des lavages à l'aide de la solution à 1/4000.

Sur ces 1,403 accouchements, on a compté 14 avortements, 20 accouchements prématurés provoqués, 43 forceps, 32 versions, 34 extractions, 11 décollements du placenta à l'aide de la main, 17 perforations, 3 décapitations, 7 opérations césariennes, 10 sutures du col, 17 sutures périnéales; en tout 208 interventions. De plus 9 éclampsies et 11 cas de placenta prævia.

En tout 17 décès : 5 éclampsies, 3 cas de placenta prævia central, 2 présentations de l'épaule, 1 pneumonie, 1 urémie, 1 méningite par otite moyenne, 1 suicide par le phosphore, 1 ulcère gastrique perforant, 1 cas d'épuisement, 1 d'asphyxie sans cause déterminée. Sur ces 17 femmes, deux ont eu de l'infection puerpérale avant d'entrer à l'hôpital. On n'a donc pas constaté d'infection d'origine hospitalière. 180 accouchées ont eu un jour de fièvre avec 38° ou plus; 55 ont eu plusieurs jours de fièvre; 18 ont été atteintes d'endométrite ou de périmétrite à la suite de l'accouchement et hospitalisées pendant une période de 15 à 54 jours.

Il y avait dans le service 16 étudiants et 30 ou 40 élèves sages-femmes.

L. GALLIARD.

Du Viburnum prunifolium (Ses indications en obstétrique), par MONCLAR (*Thèse de Paris*, 1887).

Le viburnum prunifolium n'est pas toxique. A dose très élevée, il produirait des troubles de la vue, de la sécheresse de la bouche, des étourdissements (Herrick, Wilson).

La teinture qui est employée habituellement en France présente en obstétrique les mêmes indications que l'opium. On l'administrera dans les menaces d'avortement et d'accouchement prématuré pour éloigner ou suspendre la contractilité utérine ; il calme en même temps les douleurs, en particulier les tranchées utérines après l'accouchement. Il est donc tout aussi bien indiqué dans la dysménorrhée. On le préférera à l'opium par cette raison qu'il n'est pas toxique. Il faut l'employer à haute dose. On devra dépasser, dans certains cas, l'administration de cent gouttes de teinture dans la journée. L'auteur publie à l'appui de ces conclusions vingt-trois observations, pour la plupart, inédites et personnelles. PORAK.

Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches, par BORDES (*Thèse de Paris*, 1887).

Toutes les observations d'intoxication par le sublimé pendant les couches ne sont pas relatées dans cette thèse. L'auteur s'efforce de montrer que le diagnostic des accidents de l'intoxication mercurielle n'est pas toujours facile à établir et qu'on peut confondre avec cet accident certaines formes anormales de l'infection puerpérale tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Les résultats des expériences de laboratoire ne seraient pas davantage probants. Il n'est cependant pas contestable que cet agent toxique à un plus haut degré ne soit responsable d'accidents mortels, aujourd'hui nombreux. L'auteur ne le conteste d'ailleurs que bien faiblement. Il conseille de se servir de la sonde à double courant de Budin comme si elle était bien réellement indispensable après l'accouchement, comme si elle était le seul instrument que l'accoucheur ait à sa disposition. Il accepte que l'anémie et l'albuminurie sont des contre-indications à l'emploi du sublimé. Cela diminue déjà de beaucoup les cas où on pourrait l'employer puisqu'une femme sur cinq est albuminurique au moment de son accouchement. Il appuierait d'ailleurs difficilement sa manière de voir sur des cas probants puisque l'albuminurie est un des symptômes les plus constants et les plus nets de l'intoxication mercurielle. PORAK.

DERMATOLOGIE.

Contribution à l'étude de l'érythème polymorphe, par HAUSHALTER (*Annales de Dermatologie*, n° 11, 1887).

L'auteur admet que l'érythème polymorphe doit prendre rang parmi les maladies infectieuses exanthématiques. Il en rapporte deux obser-

vations intéressantes. Il rappelle l'action utile de l'iodure de potassium dans cette maladie. Il a pu ainsi faire des cultures de la sérosité des vésicules, cultures qui ont amené le développement de microcoques en chapelets ou en chaîne de deux. Toutefois les inoculations sur le lapin n'ont pas donné de résultats. F. BALZER.

Dermatitis venenata (Action des irritants externes sur la peau), par WHITE (*Broch. Boston*, 1887).

L'action directe sur la peau d'un certain nombre d'agents produit une inflammation à laquelle l'auteur donne le nom de Dermatitis venenata, que l'agent irritant appartienne au règne végétal, animal ou minéral (teintures, solutions chimiques, savons, cosmétiques, contact ou piqûre d'insectes, etc...). Des érythèmes, des papules, des vésicules, des bulles, des furoncles quelquefois, telles sont les manifestations ou les gradations diverses de la Dermatitis venenata. Le diagnostic repose ici surtout sur les commémoratifs; les professions, la marche des lésions, leurs localisations, leur symétrie ou leur aspect spécial mettent sur la voie. L'auteur après cette description d'ensemble étudie séparément les dermatites causées par un grand nombre de substances en consacrant des chapitres importants à quelques-unes d'entre elles. F. BALZER.

Dermatoses produites par les substances tinctoriales, par Clark Mac GUIRE (*Journ. of cut. and genito-urinary dis., février* 1887).

Certains vêtements colorés en rouge peuvent produire parfois des éruptions. Edson a déjà montré que certains bas colorés renfermaient des quantités appréciables d'antimoine ou d'arsenic. Des érythèmes, des vésicules, des pustules, peuvent être produits par les matières teinctoriales. L'auteur rapporte des observations de diverses dermatoses causées par des bas rouges, des gants rouges ; un gilet de la même couleur produit un érythème scarlatiniforme. Le rouge de Magenta souvent employé contient de l'arsenic. La prédisposition des sujets doit cependant jouer un rôle en ce qui concerne les couleurs d'aniline, car elles ne sont pas irritantes habituellement. F. BALZER.

Note sur l'ulcère phagédénique des pays chauds, par P. PETIT (*Arch. de méd. navale, p.* 337, *novembre* 1886).

Sur le fond de l'ulcère phagédénique est un putrilage blanchâtre, épais parfois de plusieurs centimètres : cette masse considérable est en très grande partie formée de microbes, « grêles, de grande taille, endospores : les coccus sont de différentes tailles, disposés en points simples, doubles et zoogloes : aucun microbe ne se présente intracellulaire. » Le microbe réagit d'une façon spéciale envers les matières colorantes, et dans les milieux de culture a un mode d'évolution particulier.

Cela confirme le travail de Le Dantec (*Arch. de méd. navale*, 15 juin 1885). M.

Ueber die Orientbeale (Sur le bouton d'Alep, par Gustav RIEHL (*Wiener med Wochenschrift, n°* 1, *p.* 6, 1887).

Examen histologique d'un bouton d'Alep étudié par Riehl.
La couche cornée était normale.

Le réseau de Melpighi montrait à la périphérie de la tumeur un plus grand développement des espaces interpapillaires ; vers le centre, il manquait dans l'étendue de 2 à 3 papilles.

Les principales altérations se trouvaient dans le chorion. L'exsudat central était produit par l'augmentation des noyaux situés à la partie périphérique et l'apparition de masses de cellules entre les faisceaux du tissu cellulaire. Sur des coupes passant par le centre, on pouvait voir une partie descendante de l'épiderme jusqu'au tissu sous-cutané atteinte de nécrose.

A la périphérie, on trouvait des cellules arrondies, au centre des cellules épithéliales et géantes ; par-ci par-là, quelques cellules géantes.

Les plus gros vaisseaux présentaient une altération des tuniques moyenne et interne, par places ils étaient tout à fait oblitérés.

Dans les coupes, l'auteur trouva toujours un micrococcus. Voici la méthode de coloration qu'il employa : les coupes étaient placées pendant une demi-heure dans une solution concentrée d'une couleur d'aniline, puis lavées dans une solution d'acide acétique à 1 0/0, décolorées par l'alcool, éclaircies avec l'huile de cèdre et montées dans la gomme laque.

La forme des microccocus est parfaitement arrondie, leur diamètre varie entre 0,9 et 1,1 μ. On les trouve exclusivement dans le protoplasma des cellules, ordinairement vers la périphérie. Les leucocytes renferment de rares micrococcus tandis que les plus grosses cellules épithéliales en renferment plus de 20.

Ces microoccccus sont capsulés, comme l'a démontré le Dr Paltauf. Les cultures sont restées sans résultat. BARBE.

Pityriasis rubra universalis, par ELSENBERG (*Vierteljahr. f. Derm.*, *Heft* 3, 1887).

Observation de pityriasis rubra généralisé ayant présenté les particularités suivantes : 1° accès fébriles arrivés un soir à une température de 41°,6 et simulant des accès de fièvre intermittente, mais rebelles au traitement par le sulfate de quinine ; 2° augmentation considérable du volume des ganglions lymphatiques, tuméfaction de la rate et du foie.

L'auteur se demande s'il a eu affaire, dans ce cas, à une modification du type normal de la maladie, ou s'il s'est agi au contraire de l'affection cutanée typique compliquée d'affection ganglionnaire. Il considère cette seconde hypothèse comme la plus probable.

L'examen histologique, pratiqué sur un fragment de peau et des ganglions lymphatiques enlevés pendant la vie du malade, a révélé, d'une part, les lésions de la peau signalées par Hans Hebra dans le pytiriasis rubra généralisé, et d'autre part les lésions des ganglions lymphatiques que l'on rencontre habituellement dans la leucémie. REBLAUB.

Herpes digitalis, par BLASCHKO (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 594, 1887).

Un homme de 30 ans est atteint périodiquement depuis 2 ans d'une éruption localisée à l'index de la main droite et caractérisée par des vésicules contenant une sérosité limpide et reposant sur un fond rouge. L'éruption est précédée de névralgies légères du membre supérieur et spécialement du dos de la main et de l'index droit, puis elle apparaît brusquement, d'abord à la face palmaire du doigt, plus tard au bord externe, presque toujours sur la phalangette seulement. L'épiderme épais, soulevé par les vésicules, ne cède pas ; si l'on tarde à l'inciser, on voit une traînée lymphangitique se dessiner au bord externe, puis à la face dorsale du doigt et gagner l'avant-bras ; les ganglions axil aires se tuméfient. La desquamation dure quinze jours. L'herpès ne survenait d'abord que tous les 3 ou 4 mois ; depuis le mois de décembre 1886, les périodes intercalaires ne sont plus que de 7 à 8 semaines.

On ne trouve pas, dans le liquide des vésicules, d'organisme pathogène.

L. GALLIARD.

Sulla mucosi fungoide di Alibert, par de AMICIS (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, fasc. V, p.* 307, 1887).

Dans quatre cas de mycosis fongoïde, l'auteur a constaté à l'aide du violet de gentiane, l'existence constante de colonies de microcoques. Il admet la nature infectieuse du mycosis: c'est pour lui un granulome infectieux non contagieux. Le violet de gentiane dissous dans l'eau alcoolisée, additionnée d'huile d'aniline peut servir comme excellent moyen de diagnostic. F. BALZER.

Zur Casuistik der Fleckenaffectionen der Zunge (Contribution à l'étude des affections maculeuses de la langue), par WINTERNITZ (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph., Heft* 3, 1887).

L'auteur rapporte l'observation d'une malade de 32 ans, qui présentait, depuis deux ans, sur la langue et la face muqueuse des lèvres, des taches blanches, dont un grand nombre étaient couvertes de croûtes jaunâtres. A l'examen histologique d'un petit fragment de muqueuse malade excisée, on trouve: à la périphérie, une prolifération épithéliale assez abondante au-dessous de la couche cornée; au centre, soit une accumulation de cellules sous la couche cornée, soit au contraire une perte de substance aux dépens de cette même couche.

La malade resta en observation pendant six semaines, sans qu'il survînt la moindre modification. Les badigeonnages de la langue avec de l'éther chrysophanique, répétés pendant 10 jours n'amenèrent pas de meilleur résultat. On se décida alors à extraire une dent cariée et à cautériser les taches avec le crayon de nitrate d'argent. Guérison rapide.

L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une inflammation chronique déterminée par l'irritation continuelle de la dent cariée, et qu'il doit être classé dans le groupe des affections maculeuses désigné par Pick sous le nom de stomatite chronique squameuse. REBLAUB.

La catocheilite dei mietitori (Catochéilite des moissonneurs), par Pierleoni TOMMASOLI (*Riv. clinica di Bologna, p.* 108, 1887).

Sous le nom de catochéilite, Tommasoli décrit une affection de la lèvre inférieure, commune chez les paysans, pendant les mois de mai, juin et juillet. Après quelques prodromes fébriles, la lèvre devient rouge, gonflée, saillante : tout peut se borner à ce premier stade. Mais d'ordinaire, il se produit une exfoliation épithéliale accompagnée d'érosions ulcéreuses, dessinant des circonscriptions irrégulières. L'affection dure, en moyenne, trois à quatre semaines. Moretti a pensé qu'il s'agissait d'un ulcère serpigineux parasitaire : l'auteur n'est pas de cet avis, et croit à une simple inflammation catarrhale, probablement de la famille de eczémas. L'examen histologique a révélé la présence de nombreux microbes et de bacilles : de là l'idée qu'il s'agissait d'une affection contagieuse spécifique (Moretti). La mauvaise hygiène des paysans, le surmenage, l'action de la chaleur, les boissons acides ou trop froides, l'irritation produite par la pipe sont probablement autant de facteurs étiologiques secondaires. Comme traitement, propreté de la bouche, lotions d'eau fraiche, ou plutôt lotions phéniquées. L. GREFFIER

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la leucoplasie buccale par LELOIR (*Archives de physiologie*, 1er 1887).

Dans la leucoplasie buccale, au début, l'épiderme présente tous les caractères de l'épiderme cutané en voie de kératinisation active ou mieux d'hyperkératinisation; cette hyperkératinisation est caractérisée par l'épaississement considérable de la couche cornée, par la présence d'éléidine diffuse dans les régions inférieures de celle-ci, par l'hypertrophie notable du stratum-granulosum et la présence d'une grande quantité d'éléidine dans cette couche. Les prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighi sont moins accentués qu'à l'état normal, si bien que les papilles apparaissent aplaties. Le derme muqueux est infiltré de cellules embryonnaires.

A une période plus avancée se produissent des fissures qui atteignent le corps de Malpighi jusque dans ses parties superficielles, moyennes ou profondes, et qui peuvent s'étendre jusque dans la couche papillaire du derme. Les cellules de Malpighi qui bordent ces fissures subissent : les unes, l'altération cavitaire, antérieurement décrite par l'auteur; les autres, la dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse. Des cellules rondes apparaissent dans le derme et entre les cellules du corps de Malpighi au niveau des fissures. A partir du moment où la fissuration a déterminé ces phénomènes d'irritation, on constate, au niveau des couches superficielles de l'épiderme, tous les signes de la tendance à la dékératinisation et partant à la desquamation. A cette époque, le derme est épaissi et infiltré de cellules rondes qui isolent, dissocient, compriment et atrophient les fibres musculaires sous-jacentes.

Lorsque la leucoplasie buccale se complique de dégénérescence épithéliomateuse, celle-ci apparaît au milieu d'une papille, au niveau des régions dékératinisées, desquamées et par suite exulcérées, et surtout au niveau des fissures. Dans ce dernier cas, on observe manifestement une tendance à la prolifération des cellules du corps de Malpighi constituant les parois de la crevasse. Cette tendance à la prolifération gagne les cellules du voisinage et, bientôt, on voit partir de ce foyer irritatif des prolongements épithéliaux plus ou moins ramifiés qui pénètrent dans le derme enflammé : c'est l'épithéliome au début. A. GILBERT.

Die schwarze Zunge (La langue noire), par Th. SCHECH (*Münchener med. Wochenschr.*, *n.* 14, *et Centralbl. f. d. med. W.*, *n*· 53, 1887).

L'auteur décrit ce qu'on appelle langue noire. Il pense que les filaments qu'on y observe, sont des papilles hypertrophiées pigmentées. Il ne pense pas que ce soit une affection parasitaire A. MATHIEU.

Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle, par BÉNARD (*Broch.*, *Paris* 1887).

Sous ce titre, l'auteur donne une étude de l'affection fréquemment désignée sous les noms de psoriasis buccal, plaques blanches des fumeurs, leucoplasie buccale, etc. Il adopte avec Besnier le nom de stomatite épithéliale chronique superficielle pour la désigner. Il montre qu'elle n'est pas rare chez la femme (6 cas), et qu'elle se voit même chez l'enfant (1 cas). Les causes d'irritation locale (tabac, soufflage du verre,

syphilis), ont un rôle très important, mais l'auteur croit aussi à l'influence de l'arthritis et de l'herpétisme. La symptomatologie est très développée : l'auteur décrit la forme commune, une forme atténuée, des variétés atypique, papillomateuse, fissuraire. Il montre que la transformation épithéliomateuse de cette affection est fréquente (le cinquième ou la moitié des cas, suivant les auteurs). Le traitement est l'objet du chapitre le plus important : les eaux de Saint-Christau, prises à l'intérieur et administrées en gargarismes, bains de bouche, pulvérisations, donnent des résultats très satisfaisants, quelquefois même la guérison complète. Elles sont contre-indiquées toutefois dans les cas où l'on peut redouter l'apparition de l'épithélioma. L'auteur rapporte 38 observations de malades traités aux eaux de Saint-Christau. D. BALZER.

Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen von Iodkalium (Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose), par HASLUND (*Vierteljah. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 3, 1887).

Le médecin norvégien Grèves a proposé de traiter le psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose. Il débute par 4 grammes par jour, et augmente progressivement la dose quotidienne jusqu'à 10 grammes, dose qu'il ne dépasse pas. En présence des résultats obtenus par ce médecin et confirmés par C. Bœck, l'auteur a soumis ce traitement à l'épreuve. Mais, au lieu de s'arrêter à 10 grammes par jour, toutes les fois que la tolérance du malade le permettait, il poussait la dose quotidienne jusqu'à 40 grammes et même, dans un cas, jusqu'à 50 grammes.

Sur 50 cas traités de cette façon, il y eut 40 guérisons totales, 4 améliorations considérables et 6 insuccès complets. La durée du traitement a varié entre 10 et 15 semaines. La date, à laquelle l'efflorescence commence à rétrograder, a été fort variable; mais quand la rétrocession a débuté, les taches disparaissent très rapidement.

Les accidents imputables à l'iodisme ont été peu sérieux et n'ont pas nécessité l'interruption de la médication. On a constaté du coryza, des troubles digestifs, de la céphalalgie, du vertige, de l'albumine dans les urines, du purpura etc. Dans un seul cas, à la suite de l'injection de 50 grammes, les accidents furent assez sérieux pour obliger à interrompre le traitement. — Les cas d'intolérance complète du médicament sont rares.

Sur 50 cas traités, la récidive s'est montrée six fois au bout de peu de temps; les autres malades ont été perdus de vue. REBLAUB.

A contribution to the histology and pathology of herpetiforme hydroa, par G.-T. ELLIOT (*New York med. Journ.*, *p.* 449, 23 *avril* 1887).

L'auteur admet les trois variétés d'hydroa de Tilbury Fox (simple, herpétiforme et bulleux) et décrit un cas qu'il rapporte à la seconde variété.

Homme de 33 ans, atteint, à la suite d'un refroidissement, de vésicules au pavillon de l'oreille gauche, le second jour à la main et à l'avant-bras gauche, le troisième jour à la main et à l'avant-bras à droite. On trouve des vésicules et des bulles, isolées ou confluentes spécialement sur le territoire du nerf cubital et à la face dorsale de l'avant-bras et des doigts. Guérison en dix jours.

L'auteur ayant excisé un lambeau de la peau pour en pratiquer l'examen histologique, les nerfs offrent des altérations très appréciables : gonflement énorme, coloration grisâtre, granulations, fragments pigmentaires, disparition de longs segments de cylindre-axe. En un mot névrite parenchymateuse.

Il faudrait donc considérer l'hydroa herpétiforme comme une lésion trophoneurotique. L. GALLIARD.

Was wissen wir von der Seborrhee (Que savons-nous de la séborrhée), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *n.* 15 *et* 16).

On en est encore sur cette question à Rayer et à Cazenave; elle est à reprendre. En premier lieu, il n'est plus permis de rapporter exclusivement, comme le faisaient ces auteurs, la production pathologique de la graisse sur la peau à un trouble dans les fonctions des glandes sébacées, car il a été établi que les glandes sudoripares sécrètent aussi cette substance; on sait en effet que la paume de la main donne sur le papier une empreinte grasse, alors que ses téguments sont dépourvus de glandes sébacées; que les sueurs profuses de la tête graissent les cheveux, et que la rapidité avec laquelle se fait leur excrétion montre que ces mêmes glandes lui sont étrangères ; il est d'observation enfin que des sueurs chargées de graisse peuvent se produire à la surface de parties dont toutes les glandes sébacées sont obstruées par des comédons.

D'autre part, il y a diverses formes de séborrhée. Érasmus Wilson a nettement séparé les stéarrhées simples ou huileuses des stéarrhées concrètes parmi lesquelles il distingue une stéarrhée flavescente et une stéarrhée nigricante.

On sait que F. Hebra a rattaché à la séborrhée le smegma préputial ainsi que le pityriasis capitis. Est-ce à juste titre? On ne l'admet plus aujourd'hui pour le smegma et, quant au pityriasis, Unna a reconnu qu'en traitant ses squames par l'éther et le chloroforme on ne leur fait perdre que les deux tiers de leur poids; l'élément corné entre donc pour un tiers dans leur composition. La nature séborrhéique de cette affection est par suite fort contestable ; on discute pour savoir si ses cellules proviennent de l'épiderme ou des glandes. Unna formule à ce sujet le questionnaire suivant : 1° Comment peut-on distinguer histologiquement une cellule provenant d'une glande sébacée d'une cellule épidermique chargée de graisse ? 2° D'ou provient l'élément cellulaire des affections séborrhéiques? 3° D'où provient l'élément graisseux des séborrhées sèches, inflammatoires et non inflammatoires ? 4° D'où provient la graisse des séborrhées huileuses, qu'il vaut mieux appeler hyperhydroses huileuses ? 5° Existe-t-il une séborrhée sèche, un pityriasis sans trace de phénomènes inflammatoires ? 6° Existe-t-il une hypersécrétion purement fonctionnelle des glandes sébacées, et donne-t-elle lieu à de la séborrhée ? 7° Existe-t-il une hypersécrétion purement fonctionnelle des glandes sudoripares et donne-t-elle lieu à de la séborrhée? (Unna répond affirmativement). 8° Peut-on constater des lésions inflammatoires des glandes sudoripares dans le cas de séborrhée sèche ? 9° S'il en est ainsi, quelle est la cause de ces phénomènes inflammatoires ? 10° Cette même cause peut-elle expliquer l'inflammation de la surface cutanée avec la parakératose consécutive ? H. HALLOPEAU.

Note sur les lésions de la peau dans la mélanodermie congénitale, par VARIOT (*Archiv. de physiologie*, 13 *août* 1887).

L'auteur a étudié les altérations microscopiques de la peau d'un enfant de 13 mois atteint de mélanodermie congénitale.

A un faible grossissement, le pigment mélanique se montre sous la forme d'une traînée continue dans la partie profonde du corps muqueux de Malpighi et sous l'apparence d'îlots distincts dans la région sous-papillaire du derme.

A un fort grossissement, l'on reconnaît que dans la couche malpighienne, le pigment occupe les deux ou trois rangées épithéliales qui confinent au derme, les noyaux cellulaires ne renfermant que peu ou pas de granulations pigmentaires. Les îlots dermiques sont constitués par des cellules fortement tassées les unes contre les autres et riches en pigment, à l'exception des noyaux qui en sont privés.

Les glandes et les vaisseaux de la peau ne semblent pas participer à l'altération. A. GILBERT.

Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse, par MOURET (*Thèse de Paris*, 1888).

Ces tumeurs peuvent être globo ou fuso-cellulaires plus ou moins mélangées. Dans leur pathogénie, la notion de diathèse semble devoir céder le pas à l'hypothèse plus acceptable du parasitisme, se manifestant par des productions, dont la structure, la marche et la gravité ne sont pas identiques. La régression de ces tumeurs est exceptionnelle. La cachexie est fréquente. Le traitement par l'arsenic n'est pas d'une efficacité absolument démontrée. F. BALZER.

Ueber Lichen ruber der Haut und Schleimhaut (Lichen ruber de la peau et des muqueuses), par BENDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 39, *p.* 850, 1887).

Voici un cas de lichen ruber cutanéo-muqueux :

Homme de 31 ans, fils d'un père asthmatique et d'une mère tuberculeuse. En septembre 1886, il a vu apparaître des plaques rouges au dos des mains et des pieds, puis sur tout le corps. On l'examine au bout de cinq semaines. On voit d'une part des boutons rouges, coniques, durs, ne dépassant pas la dimension d'un grain de chènevis et portant de petites squames ; ils forment, en se réunissant, des plaques rouge foncé et dures, de la grandeur d'une pièce de 20 pfennigs. D'autre part, on voit des papules luisantes ou de petits boutons cireux, sans squames ; ces éléments peuvent aussi constituer de petites plaques ; ils existent sur le tronc, tandis que les autres occupent les extrémités, la nuque et le pénis. La face est indemne.

A l'union du palais et du voile existent des rangées de petits boutons blanchâtres ; sur les bords de la langue, des plaques lisses ; on retrouve à la face interne des joues, des plaques résultant de la confluence de petits boutons blanchâtres. Plaques blanches au pharynx. Rien au larynx, ni sur les amygdales. L. GALLIARD.

Lupus und Hauttuberculose (Lupus et tuberculose de la peau), par DOUTRELEPONT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, *p.* 935, 1887).

L'auteur a observé, chez deux sujets atteints de lupus, des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse buccale et de la peau avoisinante.

1° Femme de 36 ans, atteinte depuis 2 ans de lupus de la lèvre supérieure et des deux joues, et, depuis une année, d'ulcérations siégeant sur la muqueuse

des lèvres, sur les gencives et la langue. En grattant ces ulcérations, on y trouve une grande quantité de bacilles. Les crachats contiennent des bacilles, et l'examen des poumons démontre qu'il y existe des lésions tuberculeuses bilatérales.

Traitement du lupus par l'acide pyrogallique et le sublimé ; traitement des ulcérations des muqueuses par le sublimé et le fer rouge. Amélioration. Mais les lésions pulmonaires s'aggravent. La malade quitte l'hôpital.

2° Homme de 40 ans chez qui le lupus a débuté à l'âge de 8 ans. Destruction rapide de l'aile du nez à gauche ; tuméfaction et ulcération de la lèvre supérieure, ulcères des joues. Depuis deux ans, toux, amaigrissement considérable.

Signes de ramollissement des deux sommets ; bacilles nombreux dans les crachats.

Les lèvres sont gonflées. A la limite de la peau et de la muqueuse, on trouve des ulcérations à bords déchiquetés, semées de granulations miliaires ; le liquide sécrété contient des bacilles. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. Tuberculose du larynx.

Traitement par le sublimé. Inhalations térébenthinées. Après une amélioration passagère, les ulcérations progressent. Les lésions pulmonaires s'aggravent également. L. GALLIARD.

I. — Du lupus compliqué d'épithélioma, par BIDAULT (*Thèse de Lille*, 1886).

II. — Sulla combinazione del lupus col carcinoma, par MIBELLI (*Broch.*, *Siena*, 1887).

I — Bidault dont le travail a été fait sous l'inspiration de Leloir distingue deux ordres de cas : 1° ceux dans lesquels le carcinome a débuté sur la cicatrice; 2° ceux où le néoplasme est apparu au milieu du tissu lupeux. La première variété est incontestablement la plus fréquente et la plus importante. L'auteur doute même s'il existe des cas où l'épithélioma s'est développé en plein tissu lupeux et pense que l'existence d'une cicatrice très petite doit être admise. L'évolution de l'épithélioma sur un lupus serait donc subordonnée à la présence d'une cicatrice antérieure. L'analyse histologique montre que le lupus est rapidement envahi par l'épithélioma qui se substitue aux éléments lupeux. Le processus lupeux a préparé en quelque sorte la marche rapidement envahissante de l'épithélioma.

II. — Après avoir passé en revue les faits publiés, Mibelli rapporte une observation personnelle avec autopsie. Il conclut que le lupus vulgaire peut être compliqué de carcinome, mais non le lupus érythémateux. Le carcinome s'implante sur le lupus à toutes ses périodes. Dans les cas qu'il a observés le carcinome s'était développé sur les points le plus profondément atteints par le lupus ; les deux néoplasmes étaient en quelque sorte combinés avec substitution partielle du carcinome au lupus. Dans d'autres points le lupus existait encore à l'état éléphantiasique ou à l'état scléreux. L'auteur ne croit pas impossible la transformation du lupus en carcinome. Dans ses préparations, les éléments épithéliaux étaient en connexion telle avec les éléments connectifs que la différenciation était à peu près impossible. Il croit que le réseau de Malpighi est le point de départ de la prolifération épithéliale, plutôt que les éléments glandulaires. Il faut aussi attribuer une réelle importance à la prédisposition interne encore mal connue. F. BALZER.

I. — Histologische und bacteriologische Lepra-Untersuchungen (Études histologiques et bactériologiques de la lèpre), par A. WEISSER (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIII, Heft 2, p. 355*).

II. — Ueber die bei des anästesichen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen), par CHASSIOTIS (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, n° 23, 1887*).

I. — Le bacillus lepræ est bien la cause de la lèpre. La question est de savoir comment les malades prennent le bacille. L'affection n'est pas à proprement parler héréditaire, elle peut se transmettre par contagion du malade aux divers membres de sa famille. Cependant la transmission du bacille n'est pas des plus faciles, il faut que le malade ait des ulcérations lépreuses pour pouvoir répandre le microbe au dehors, et pour que l'individu sain soit atteint, il faut qu'il soit prédisposé et qu'il laisse le bacille se développer en paix au point où il s'est inoculé. L'existence des spores, qui sont des formes durables, permet une inoculation indirecte. Ainsi la maladie ne se transmet pas toujours immédiatement du malade à l'individu sain. Les spores provenant des cadavres, des crachats peuvent passer dans l'eau à boire et transmettre la maladie. La multiplication des bacilles à l'état de forme adulte n'est pas vraisemblable en dehors de l'organisme humain. Ils ne se développent dans les cultures qu'à la température du corps. C'est l'homme qui constitue, en somme, le principal support du virus lépreux ; l'isolement des malades n'est donc pas une chose inutile. P. GALLOIS.

II. — Chassiotis ayant eu l'occasion d'observer un sujet atteint de lèpre anesthésique et d'en faire l'autopsie, formule ainsi qu'il suit les résultats de ses recherches : 1° la lèpre anesthésique peut avoir ses lésions, non seulement dans le système nerveux périphérique, mais aussi dans la moelle ; 2° les cellules dites lépreuses ne doivent pas être cautérisées comme des éléments dans lesquels les bacilles auraient pénétré, mais, d'accord avec Unna, comme des colonies de bacilles qui sont entourées d'une enveloppe muqueuse et se trouvent dans les voies lymphatiques ; 3° la formation des vacuoles doit être, selon toute vraisemblance, rapportée au développement des bacilles ; 4° lorsque la moelle est envahie par les bacilles, on y remarque une inflammation qui débute autour de la veine centrale. H. HALLOPEAU.

Sur la lèpre. Nature, origines et transmissibilité. Modes de propagation et de transmission, par BESNIER (*Bullet. de l'Acad. de méd., 2e série, t. XVIII, n° 41*).

Dans ce travail, l'auteur confirme ce fait déjà établi par Leloir, que, loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient, au contraire une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale. Ce n'est, suivant lui, ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique, mais bien une maladie spécifique, avec un élément bactérien déterminé. On ne sait pas encore quelle est la forme microphytique qui transmet la maladie sûrement, mais d'autre part la transmissibilité est incontestable. L'homme semble être le seul agent, ou au moins l'agent essentiel de cette transmission. Il est à peu près certain que l'inoculation est possible, pendant la vaccination par exemple. Il est certain que l'homme la transporte avec lui d'un lieu à un autre et que d'autre part, la transmission

peut se faire par hérédité, mais dans une mesure bien moins grande qu'on l'a cru et qu'on le croit encore.

La misère, la malpropreté, la promiscuité, favorisent au plus haut point la propagation de la maladie, alors que les conditions inverses annihilent à peu près sa faculté contagieuse. C'est dans cette notion qu'il faut chercher la base d'une prophylaxie efficace reposant sur les progrès de l'hygiène privée et de l'hygiène publique. GASTON DECAISNE.

Ueber Favus (Sur le favus), par H. QUINCKE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol. n° 92*, 1887).

D'après l'auteur, plusieurs champignons qu'il appelle α, β, γ, peuvent produire le favus de l'homme; ils donneraient lieu à des formes cliniques distinctes qu'il désigne sous les nom de *favus herpétique* et de *favus vulgaire* et dont il résume ainsi les caractères différentiels.

Le *favus herpétique* atteint exclusivement et principalement les parties glabres; il commence, comme l'herpès tonsurans, par une plaque circonscrite d'eczéma dans laquelle apparaissent de petits godets jaunes autour des follicules pileux et dans l'épiderme; on voit autour du godet une aréole herpétique de 1 centimètre de diamètre. Le champignon ne pénètre ni dans les follicules pileux ni dans les poils; il s'accumule entre les squames : c'est le champignon α dont les gonidies sont plus petites et les filaments plus étroits. Il vit sur les souris et les chats. Ce favus guérit facilement, souvent spontanément(!).

Le *favus vulgaire* atteint exclusivement et principalement le cuir chevelu; les godets se développent exclusivement autour des follicules pileux; ils ne sont pas entourés d'une aréole herpétique. Les champignons pénètrent dans les follicules pileux et dans les cheveux; ils ne s'étendent pas dans l'épiderme; la guérison est difficile. Ces champignons sont le γ et le β.

(Contrairement à l'auteur, nous avons vu constamment le favus des parties glabres coïncider avec celui du cuir chevelu, et présenter une grande résistance au traitement, surtout par sa puissance de récidive. Il nous paraît bien probable que les dissemblances signalées par Quincke, sont dues aux réactions différentes des milieux et non à la nature du champignon.) H. HALLOPEAU.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

La syphilis est-elle une affection exclusivement spéciale à l'homme ? Nouveaux essais d'inoculation au singe, par MOSSÉ (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 45, 1887).

Le 25 avril la matière recueillie à la surface d'un chancre syphilitique est inoculée à une jeune guenon. Deux inoculations sont faites sur les grandes lèvres, deux sur la région du pubis, deux sous les mamelons. Le 19 mai aucune lésion ne s'est encore montrée.

Ce jour-là six nouvelles inoculations sont pratiquées avec du virus provenant de plaques muqueuses des lèvres et du scrotum. Le 22 juillet rien n'a encore paru.

Ces deux expériences, dans lesquelles la première inoculation remonte à plus de 6 mois, constatent un nouvel insuccès des tentatives de la transmission de la syphilis humaine aux animaux. A. DUCAMP.

Streptococcus et bacilles dans la syphilis héréditaire, par DOUTRELEPONT (*Centralblatt für Bact. u. Parasit.*, *n°* 13, *II*, 1887).

Dans plusieurs cas de syphilis héréditaire observés chez des enfants ayant succombé quelque temps après la naissance, Doutrelepont a pu constater les particularités suivantes : au niveau des papilles, là où la couche épidermique soulevée formait une sorte de vésicule entre la couche cornée et le réseau de Malpighi, on pouvait constater la présence de nombreux micro-organismes, streptococcus et staphylococcus; on les retrouvait également dans certains vaisseaux sanguins ou lymphatiques du derme, et au pourtour ou dans l'intérieur des follicules et des glandes sébacées.

Ces microorganismes n'auraient rien à faire avec ceux de la syphilis héréditaire, pense l'auteur, et il se range à l'avis de Chotzen; il s'agirait des micro-organismes habituels de la suppuration qui, pénétrant dans les solutions de continuité de la peau ou des muqueuses produites par les lésions syphilitiques, pourraient déterminer des phénomènes septicémiques chez le nouveau-né syphilitique.

A côté de ces micro-organismes, l'auteur a pu constater la présence de bacilles qu'il regarde comme caractéristiques de la syphilis. OETTINGER.

Les rapports du rachitisme avec la syphilis, par CAZIN et ISCOVESCO (*Archives de médecine, septembre, octobre et novembre* 1887).

Les lésions osseuses de la syphilis congénitale peuvent débuter, à différents moments, de la pemière enfance, ou même pendant la vie intra-utérine. On peut en distinguer 3 variétés. Dans une première variété, les os sont plus lourds, plus denses qu'à l'état normal. Le périoste est lisse; la surface de l'os présente des saillies anormales, des ostéophytes. La structure intime des ostéophytes ne fournit, à cette période, aucun critérium anatomo-pathologique pour le diagnostic de la cause.

Dans une deuxième variété, ce qui caractérise l'état des os, c'est leur atrophie gélatiniforme. Cette lésion n'a rien de pathognomonique; toutefois, certaines particularités de siège sont absolument révélatrices de la cause de la lésion. Quand la dégénérescence gélatiniforme atteint plusieurs os à la fois, et arrive à produire des décollements épiphysaires multiples et la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot, on peut affimer l'existence de la syphilis.

La troisième variété est caractérisée par la formation de tissu spongoïde. Le tissu spongoïde de la syphilis congénitale ne ressemble pas tout à fait à celui du rachitisme; il est plus dur, plus dense.

Il faut, d'ailleurs, dire que, dans l'immense majorité des cas, on rencontre au moins deux de ces lésions réunies. Or, les deux premières variétés de lésions syphilitiques n'ont absolument rien de commun avec le rachitis. La troisième variété, constituée par la décal-

cification, la médullisation et la vascularisation du tissu spongoïde a des caractères communs à la syphilis et au rachitis. Mais la lésion spongoïde, pas plus que les autres altérations ci-dessus mentionnées, n'a rien de pathognomonique. Elle n'appartient pas uniquement à la syphilis et au rachitis. Elle se rencontre aussi dans d'autres cas.

En résumé, l'anatomie ne permet de trouver aucun point de contact entre la syphilis et le rachitis. La syphilis et le rachitisme constituent deux processus morbides entièrement distincts.

Les auteurs envisagent ensuite la question, au point de vue clinique, et montrent que les signes donnés par Parrot, comme caractéristiques de l'infection syphilitique héréditaire (cicatrices fessières, érosions cutanées) n'ont rien de pathognomonique. Ils concluent ensuite, qu'au point de vue clinique, le rachitisme n'a aucun rapport avec la syphilis, et qu'ensuite la syphilis peut donner lieu à des déformations osseuses qui n'ont qu'une ressemblance éloignée et grossière avec le rachitis. RICHARDIÈRE.

Syphilis und Carcinom, par DOUTRELEPONT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 47, *p.* 1016, 1887).

Les gommes syphilitiques ulcérées sont parfois difficiles à distinguer du carcinome. Le diagnostic est difficile surtout quand le cancer se développe chez des syphilitiques.

Voici 3 cas intéressants à cet égard.

1° Femme de 30 ans, syphilisée en août 1881. En février 1882, ulcération de la grande lèvre droite, gonflement des ganglions inguinaux et cervicaux; plaques muqueuses de la gorge. La malade est grosse de 7 mois. Au mois de novembre, l'ulcération de la grande lèvre persiste. Elle a des bords indurés et un fond inégal. On l'extirpe au thermocautère : vue au microscope c'est un carcinome.

Le 3 février 1885, la malade se présente avec un cancer récidivé sur place.

Mort le 30 janvier 1886. Autopsie : foie, rate, reins amyloïdes. Cancer ulcéré de la vulve, de l'urèthre, de la vessie et de l'anus.

2° Homme de 50 ans, chez qui se développe d'abord une verrue à la paupière inférieure droite, puis des ulcérations apparaissent sur les joues, dans la bouche, tandis qu'à la verrue succède une ulcération étendue, sur laquelle se développent des masses végétantes.

On la considère d'abord comme une gomme syphilitique ulcérée, d'autant plus qu'il existe des petites gommes du palais; le traitement fait disparaître ces dernières, mais n'amène qu'une cicatrisation partielle du grand ulcère dont on extirpe des végétations. C'est de l'épithélioma.

3° Un homme de 49 ans, niant la syphilis, se présente en juin 1883 avec une éruption déjà ancienne de la joue gauche qu'on considère comme une syphilide serpigineuse et qui guérit complètement par l'iodure de potassium.

Le 26 juillet 1887 le malade revient, disant que depuis 2 ans l'ulcération s'est reproduite. Elle occupe presque toute la joue; les bords sont indurés, le fond est granuleux et partiellement recouvert de croûtes. On fait le diagnostic de cancer sur un terrain syphilitique et l'examen histologique d'un fragment montre les éléments du cancer. L. GALLIARD.

Die syphilitisch veränderten Zähne als prognostiches Zeichen bei Syphilis acquisita (Des altérations dentaires comme signes pronostiques de la syphilis acquise, par MOLOKENDOW (*Wratsch.* 1887. 20 *et Vierteljahr. für Derm.*, *Heft* 4, 1887).

Dans vingt cas l'auteur a vu chez des jeunes gens qui présentaient les

altérations dentaires attribuées à la syphilis, cette maladie apparaître et se comporter d'une manière très bénigne. Il pense que l'on peut porter un pronostic favorable pour la syphilis acquise par les individus qui présentent les dents considérées par Hutchinson comme spécifiques. F. BALZER.

Syphilis au 8e mois; accidents cérébraux précoces; hémiplégie gauche, par P. LE ROY (*Bull. de la Soc. Anat., p.* 195, 1887).

Homme de 46 ans; observation intéressante cliniquement par la précocité des accidents (8 mois après le chancre) et leur rapidité (mort en 1 mois 1/2); intéressante anatomiquement, l'autopsie n'ayant montré, pour toute lésion, que de l'endartérite et de la péri-artérite des artères de la base (et surtout de la sylvienne et de la cérébrale antérieure droite), avec thrombose. A. BROCA.

Die multiple syphilitische Wurzelneuritis (De la polynévrite radiculaire syphilitique), par KAHLER (*Zeitschr. f. Heilk., t. VIII, fasc.* 1).

L'observation publiée par l'auteur serait, d'après lui, la seconde seulement où l'histoire clinique soit complète. Voici quels sont les principaux traits de l'affection.

Chez un syphilitique, on voit survenir, avec ou sans phénomènes associés de syphilis cérébrale, des paralysies lentement progressives, et à caractères périphériques, de différents nerfs crâniens. Les nerfs sont pris un à un, sans aucun ordre régulier. En même temps se montrent des douleurs névralgiques intenses dans le domaine de différents nerfs rachidiens, avec hyperesthésie de la peau, ou parfois des douleurs en ceinture, signes de l'inflammation des racines postérieures. La participation des racines antérieures se traduit par des paralysies motrices diverses.

A l'autopsie, absence de toute cause de compression sur les racines; infiltration embryonnaire de l'épinèvre, atrophie des fibres nerveuses, production de petites nodosités fusiformes ou perlées sur les faisceaux radiculaires; les nerfs atteints les premiers et avec le plus d'intensité sont, pour les nerfs crâniens, les oculomoteurs et les faciaux; pour les rachis, les nerfs cervicaux et dorsaux. A. CHAUFFARD.

Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique, par R. LEUDET (*Ann. des mal. de l'oreille, décembre* 1887).

Leudet rapporte deux observations d'hémiatrophie de la langue, dans lesquelles il ne semble pas possible d'invoquer une autre origine que la syphilis.

Femme de 32 ans, a eu quatre enfants, est bien portante. Depuis dix-huit mois, céphalée intense du côté droit; depuis cinq mois, mastication et déglutition difficiles, puis voix fausse et nasonnée.

A l'examen, on trouve une hémiatrophie de la langue à droite, avec conservation de la sensibilité tactile, mais diminution de la sensibilité gustative. Large ulcération de la voûte palatine. Paralysie de la corde vocale droite. Enfin, rhinite chronique avec abolition de l'olfaction.

Disparition des ulcérations palatines, de la rhinite, et amélioration de l'état général sous l'influence du traitement spécifique. Persistance de l'hémiatrophie de la langue et de la paralysie vocale. Absence de tout symptôme de tabes.

La deuxième observation est similaire. L'auteur discute l'origine des hémiatrophies de la langue, par comparaison avec les cas qu'il a observés, et conclut à la nature syphilitique de ses deux observations.

A. C.

Note sur un fait de syphilis à évolution anormale, par HALLOPEAU (*Ann. de Derm*, *n°* 11, 1887).

Femme de 49 ans, entrée le 24 juillet 1884 à l'hôpital Saint-Louis ; chancre contracté au commencement de 1880, suivi de syphilis grave avec lésions ulcéreuses de la peau, perforation de la voûte palatine. Elle entre pour une éruption constituée par des papules légèrement saillantes et d'aspect lichénoïde. Cette éruption offre ceci de remarquable qu'elle présente des éléments très petits, groupés en cercle ou en demi-cercle, d'une coloration sombre ou cuivrée, s'effaçant incomplètement sous le doigt. Cette éruption, qui avait débuté au mois de mars, ne céda qu'à la fin de novembre, après plusieurs mois de médication énergique. L'auteur insiste sur la rareté de cette inversion des accidents; les syphilides papuleuses n'apparaissent pas d'ordinaire à une période aussi tardive, 4 ans après le début de la maladie, et alors surtout qu'on a vu évoluer d'autres accidents se rapprochant plutôt des manifestations tertiaires de la syphilis. F. BALZER.

Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique, par HALLOPEAU (*Ann. de Derm.*, *n°* 12, 1887).

X..., 36 ans, contracte en janvier 1867 un chancre induré suivi de syphilis d'intensité moyenne. Onze ans se passent ensuite sans accidents. Le 19 août 1879, le malade est réveillé pendant la nuit par un accès intense d'angine de poitrine. Des accès semblables se reproduisent les jours suivants jusqu'à trois ou quatre fois dans les 24 heures. Diverses médications restent sans effet. Le 15 octobre on donne l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Les accès diminuent de fréquence et d'intensité. A partir du 21 octobre, six jours après le début du traitement ioduré, ils cessent définitivement de se produire.

L'auteur se base surtout sur cette rapide disparition des phénomènes pour admettre la nature syphilitique des accidents observés, et liés au développement de néoplasmes spécifiques sur le trajet du plexus cardiaque ou dans son voisinage immédiat. F. BALZER.

Ueber Tracheal und Schilddrüsen Syphilis (Syphilis trachéale et thyroïdienne), par Eug. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1035, 1887).

Une femme de 41 ans a la voix rauque depuis deux ans et tousse depuis six mois. Bien qu'on n'ait jamais trouvé de bacilles dans ses crachats, on la considère comme atteinte de tuberculose laryngée et pulmonaire.

Autopsie. — Rien dans la bouche ni dans la gorge. Le larynx est sain. La trachée est normale jusqu'au 4e anneau cartilagineux. Mais de là jusqu'à la bifurcation des bronches on trouve une quantité de petits nodules saillants, soulevant la muqueuse, jaunâtres, ulcérés à la surface; dans les intervalles, existent des cicatrices rayonnées, solides.

La bronche gauche est rétrécie. En l'ouvrant on y découvre, comme dans la trachée et aussi dans la bronche droite, de nombreuses cicatrices étoilées. Les deux bronches sont enserrées dans un tissu conjonctif très dur, presque cartilagineux, qui sert d'enveloppe également à des ganglions lymphatiques, unit solidement la bronche gauche à la crosse de l'aorte et étrangle le nerf récurrent gauche. Les ganglions lymphatiques de la région sont tuméfiés.

Le corps thyroïde n'est pas hypertrophié. Mais dans le lobe droit, près de l'isthme, on trouve une masse jaunâtre de 2 centimètres de hauteur et dont les limites se confondent avec le parenchyme thyroïdien.

Ce sont là des productions gommeuses trachéo-bronchiques, avec une gomme du corps thyroïde également syphilitique.

Cirrhose syphilitique du lobe supérieur du poumon gauche. Gommes multiples, récentes, du foie et du rein droit. Ce dernier contient aussi des cicatrices. Ostéophytes crâniens.

Au microscope on trouve le nerf récurrent gauche dégénéré et les muscles du larynx partiellement granulo-graisseux.

Les gommes du corps thyroïde sont fort rares. Elles n'ont été observées que par Demme et Birch-Hirschfeld, qui les ont vues chez des nouveau-nés syphilitiques. L. GALLIARD.

I. — Syphilide acnéique du nez, par HORAND (*Lyon méd.*, 16 *octobre* 1887).

II. — Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, par Ed. DUPOND (*Thèse de Bordeaux*, 1887).

III. — Sur un cas de chancre induré de la fosse nasale droite, par MOURE (*Rev. de laryngol.*, 1er *juillet* 1887).

IV. — Deux observations de chancres extra-génitaux, par MOREL-LAVALLÉE (*Annales de Derm.*, *n°* 11, 1887).

V. — Chancre extra-génital siégeant à la racine du nez ; coryza spécifique ; syphilides génitales papulo-érosives, par LAURENT (*Gaz. médic. de Paris*, 17 *décembre* 1887).

VI. — Gomme syphilitique de la face interne de l'aile du nez, par E.-J. MOURE (*Rev. de laryngol.*, 1er *janvier* 1887).

I. — Horand a eu l'occasion d'observer 13 cas de cette manifestation de la syphilis. La lésion siège de préférence sur le tégument des ailes et du lobule du nez, respectant les parois sous-jacentes ; elle consiste en pustules de caractères et de volume variables, rappelant l'acné indurata, isolées ou se réunissant pour former une ulcération arrondie, peu profonde, d'une pièce de 20 centimes au plus. La peau est rouge sombre, épaissie. Le nez est augmenté de volume, non douloureux. Il n'existe pas d'adénite.

L'évolution a lieu par poussées successives et d'une manière lente.

C'est un accident tardif, jamais avant la 3e année, une fois 20 ans, une autre fois 50 ans. Tous les malades avaient une bonne santé et ignoraient avoir eu la syphilis, ou n'avaient pas présenté d'accidents sérieux. Le développement de cette lésion est favorisé par l'absence de traitement au moment de l'accident primitif et surtout par l'alcoolisme.

Le pronostic n'a de fâcheux que les cicatrices blanchâtres, il faut donner des doses d'iodure de 2 à 6 grammes.

Suit le diagnostic différentiel avec les autres lésions du tégument nasal.

II. — Dans ce travail, Dupond n'étudie que les accidents primitifs et secondaires. Le chancre nasal est rare ; on l'a vu sur le tégument externe, sur la muqueuse nasale, généralement à l'entrée des narines et aussi à l'orifice postérieur.

Le diagnostic du chancre de la muqueuse est délicat ; il y a d'ordinaire des douleurs assez vives s'irradiant sous forme de névralgies, le nez est plus ou moins obstrué, la voix modifiée, la respiration gênée ; le chancre se présente sous forme de masse fongueuse, à surface gris rougeâtre, laissant suinter un mucus ichoreux. L'adénopathie sous-maxil-

laire, l'évolution de la tumeur et l'apparition des accidents secondaires permettent de trancher ce diagnostic.

4 observations, dont 2 sont dues à Moure.

Les plaques muqueuses nasales ne sont pas aussi rares qu'on le pensait autrefois; on les observe à l'extérieur dans le sillon de l'aile du nez, où à l'intérieur au pourtour de l'orifice, dans le sillon de la cloison et du plancher et à l'orifice postérieur des narines. Quant aux plaques siégeant dans les fosses nasales, sur les cornets ou à distance de l'orifice, elles sont beaucoup plus rares. L'auteur discute, dans un court résumé, le diagnostic et le traitement.

III. — Homme de 54 ans. Début il y a 2 mois, cause ignorée, démangeaison dans le nez, puis douleurs de tête violentes, écoulement sanieux, diminution graduelle de la perméabilité du nez. A l'examen rhinoscopique du côté droit, masse fongueuse, d'aspect rougeâtre en certains points et grisâtre dans d'autres, où elle est couverte de mucus pultacé. Cette tumeur fait presque saillie à l'orifice de la fosse nasale, qu'elle comble entièrement, et s'étend à environ deux centimètres en arrière. Elle n'adhère en aucun point avec le plancher et se trouve tout entière implantée sur la cloison; elle saigne facilement. Intégrité de la fosse nasale gauche. Adénopathie. Évolution ultérieure d'accidents secondaires, etc...

Moure signale dans ce cas l'accablement et les symptômes généraux éprouvés par le malade, et qui n'étaient pas en rapport avec le degré de gravité de la syphilis. A. CARTAZ.

IV. — La première observation concerne un cas de chancre intra-nasal, localisation rare observée deux fois par Poncet et Nettleship. Le second cas est celui de deux chancres labiaux d'un aspect tantôt impétigéniforme, tantôt diphtéroïde, qui rendait le diagnostic fort difficile. F. BALZER.

V. — Homme de 23 ans, présentant des syphilides papulo-érosives sur les organes génitaux, quelques plaques muqueuses buccales et de l'engorgement ganglionnaire cervical. En outre, on note à la racine du nez une cicatrice arrondie, d'un rouge assez vif, à bords légèrement saillants, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Cette cicatrice répond à une ulcération qui a existé deux mois avant l'apparition des syphilides, et qui devait être un chancre infectant. OZENNE.

VI. — Observation intéressante par la rareté de la localisation. Femme de 28 ans. Date des antécédents primitifs ignorés. La malade présente un gonflement du nez avec écoulement sanieux et une tumeur à l'intérieur, qu'on a prise pour un polype. A l'examen, on voit une tumeur implantée à la face interne de l'aile du nez, du volume d'une noisette, fongueuse, à ulcération grisâtre à la surface. Moure diagnostique une gomme qui, sous l'influence du traitement spécifique, disparaît. A. CARTAZ.

Ueber Myositis syphilitica, par NEUMANN (*Soc. des méd. de Vienne*, 28 *octobre* 1887).

La myosite syphilitique attaque le plus souvent le biceps brachial et le biceps fémoral; elle se manifeste par le raccourcissement du muscle, la rigidité, la douleur, l'état fébrile; elle cause l'immobilité du membre.

On trouve dans les travaux de Rokitansky et Ziegler des renseignements histologiques. Neumann a examiné dans quelques cas le sphincter externe de l'anus et constaté l'hyperhémie des vaisseaux sanguins du périmysium et la présence d'exsudats cellulaires; les fibres musculaires sont comprimées et transformées en tissu conjonctif. Le sarcolemme contient des groupes importants de noyaux.

Les cas examinés par l'auteur (la plupart chez des femmes) étaient récents; l'endolorissement du sphincter externe était tel qu'on devait avoir recours à la sphinctérotomie. L. GALLIARD.

Sifilide ed irritazione (Syphilis et irritation), par BOSMA (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc.* 6, 1887).

L'auteur a répété les expériences de Tarnowsky sur la cautérisation provocatrice. Chez les syphilitiques, après une cautérisation de la peau, on voit apparaître un halo d'un rouge cuivré qui grandit pendant 20 ou 30 jours et décroît ensuite dans un espace de 15 à 30 jours. Ces faits, constatés par Tarnowsky, ont été contrôlés par certains auteurs, niés par d'autres. Sur 12 expériences, Bosma a obtenu 9 fois des résultats positifs, 9 fois des résultats négatifs. L'irritation a été déterminée deux fois par la sécrétion d'un chancre, une fois avec le pus de l'impétigo, avec celui de la vaginite, avec celui du phlegmon. Dans 7 cas la cautérisation fut faite avec le thermo-cautère, ou avec des acides caustiques, nitrate acide de mercure, acide nitrique, etc... La persistance des effets de l'irritation a eu une durée moyenne de 11 jours; mais dans les cas où elle a été obtenue avec la sécrétion d'un chancre elle a duré de 2 à 4 mois.

Ces résultats positifs sont obtenus pendant presque toute la période du chancre, ils deviennent négatifs pendant la période secondaire. Ceci confirmerait l'idée de Neumann, à savoir que les lésions vasculaires syphilitiques, très superficielles au début de l'infection, atteignent les couches plus profondes de la peau dans les périodes consécutives. Pendant la période secondaire, l'irritation peut augmenter le nombre et l'extension des syphilides, les aggraver, prolonger leur durée. L'auteur étudie à ce point de vue la marche des accidents syphilitiques lorsqu'ils sont irrités par divers agents, climat, grossesse, ménopause, abus des alcooliques, etc... Il cite de nombreux exemples cliniques montrant l'influence de l'irritation sur les localisations de la syphilis sur le cerveau, le foie, le testicule, la bouche, le rectum, etc... F. BALZER.

Vitiligo acquisita syphilitica, par R. POELCHEN (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVII, Heft* 3, *p.* 535).

Poelchen n'admet pas la dénomination de syphilide pigmentaire employée par les auteurs français. Il pense qu'il n'y a pas pigmentation anormale de certaines parties du cou, mais au contraire décoloration des autres parties du cou. Il s'agirait donc d'un vitiligo développé dans une région normalement pigmentée. Les plaques décolorées correspondraient à des taches de roséole disparue. Il admet l'importance diagnostique de cet état pathologique de la peau. La durée varierait de quelques jours à plusieurs années. P. GALLOIS.

Ein Fall frühzeitiger Excision des syphilitischen Primäraffectes (Un cas d'excision précoce du chancre), par TARNOWSKY (*Viertel. für Derm. und Syph., Heft* 4, 1887).

Ce nouveau cas est intéressant en ce sens que l'excision a été faite quatre jours après l'apparition du chancre et n'a pas été suivie de l'in-

fection syphilitique. L'auteur appelle l'attention sur un signe encore non étudié qui permet de distinguer le chancre à son début des érosions simples : le chancre a un éclat brillant et gras, une surface irrégulièrement colorée ; le centre est plus foncé que la périphérie. F. BALZER.

I. — Beitrag zur Behandlung des Lues mit Neisserschen Calomelinjectionen (Traitement de la syphilis par les injections de calomel de Neisser), par REINHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 41, *p.* 889, 1887).

II. — Ueber die Calomelinjectionen bei Syphilis, par PETERSEN (*Vierteljahr. für Derm.*, *Heft* 4, 1887).

III. — Zur intermusculären Injection von Calomel und Hydrargyrum oxydum flavum bei Syphilis, par KÜHN (*Ibidem*).

IV. — Die Behandlung der Syphilis mittelst Einspritzung von Hydrargyrum (Traitement de la syphilis par les injections d'oxyde jaune de mercure), par ROSENTHAL (*Ibidem*, *Heft* 4, 1887).

V. — Die subcutane Quecksilberbehandlung der Syphilis (Les injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis), par LEDERMANN (*Diss. inaug. Berlin* 1887).

VI. — Notiz zur therapeutischen Verwendung der subcutanen Calomelinjectionen (Emploi des injections de calomel), par DEHIO (*Vierteljahr. für Derm.*, *Heft* 4, 1887).

VII. — Zur Frage von der Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen, par WELANDER (*Ibidem*, *Heft* 4, 1887).

VIII. — Die hypodermetische mercurielle Behandlung der Syphilis, par ZEISSL (*Centralbl. f. d. ges. Ther.*, *n°* 69, 1887).

IX. — Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune, par LE ROY (*Thèse de Paris*, 1887).

I. — Reinhardt a pratiqué les injections du calomel en suspension dans l'huile chez 30 syphilitiques, dont 21 à la période secondaire. En tout 104 injections avec un seul abcès, et quatre suppurations limitées au trajet de l'aiguille.

Les syphilitiques secondaires ont subi 4 ou 5 injections, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas eu plus de 50 centigrammes de calomel en tout. Après 2 injections, les exanthèmes commençaient déjà à pâlir. Le traitement durait 3 semaines ; au bout de cette période, toutes les manifestations avaient disparu.

On saura plus tard quelle sera la durée de cette guérison et à quelle époque la reprise du traitement sera indiquée.

Les injections sont rarement douloureuses, elles doivent être pratiquées dans l'épaisseur des muscles. La stomatite est assez fréquente.

Dans 9 cas la cure a été faite à une période avancée de la syphilis.

L'auteur la préconise en toute circonstance et à toutes les périodes de la syphilis. L. GALLIARD.

II. — Petersen, chez 165 syphilitiques, à l'hôpital d'Alexandre, à Pétersbourg, a pratiqué 256 injections de calomel. La moyenne des abcès a été de 4 0/0. Les résultats des injections ont été excellents à toutes les

périodes. Il fallait d'une à quatre injections pour faire cesser les accidents.

III. — Kühn a fait chez 42 malades des injections de calomel et chez 43 autres des injections d'oxyde jaune de mercure. Ces dernières donnent des résultats satisfaisants, mais moins bons, d'après lui, que les injections de calomel : la réaction qu'elles produisent est faible.

IV. — Rosenthal emploie l'oxyde jaune en suspension dans l'huile d'olives ou d'amandes. Il fait de 3 à 5 injections de 3 à 7 centigrammes, une tous les huit jours. Elles sont faites dans les muscles. Dans tous les cas qu'il a traités, il a obtenu une rapide cessation des accidents. Le plus souvent ils disparaissent après la deuxième ou troisième injection, le mercure était recherché dans les urines suivant la méthode d'Alt. Pour Rosenthal, l'oxyde jaune vaut le calomel pour les injections et vient immédiatement après les frictions comme traitement actif de la syphilis.

V. — Ledermann, dans les conclusions de sa thèse, constate que la méthode des injections mercurielles est désormais entrée dans la pratique générale.

La supériorité des injections mercurielles réside surtout dans le dosage exact du mercure employé. Les sels solubles sont éliminés trop rapidement; les préparations solubles sont absorbées plus lentement et leur action est plus énergique. Le sublimé et le formiamide de mercure viennent au premier rang pour les sels solubles; l'oxyde jaune et le calomel, pour les préparations insolubles. Ils sont préférables aux peptonates et albuminates de mercure, au cyanure, etc...

VI.— Dehio a obtenu de bons effets des injections de calomel dans la glycérine. Pourtant il a eu des abcès chez un malade qui avait suivi plusieurs traitements mercuriels et en dernier lieu avait eu une récidive traitée par les injections de sublimé. Malgré les abcès, les effets curatifs du calomel furent remarquables, et au reste on put constater que la perte de mercure évacué avec le pus était minime. Les abcès récidivent chez les individus qui en ont eu au moment des injections antérieures.

F. BALZER.

VII. — Welander a traité 42 cas de syphilis à différentes périodes par des injections de calomel, en moyenne 10 centigrammes tous les huit jours, quelquefois à des intervalles de 12 à 14 jours. Le traitement a des effets rapides sur le chancre, sur les éruptions légères, érythémateuses, qui disparaissent après la première ou la seconde injection. Les plaques muqueuses sont plus rebelles. Mêmes résultats rapides dans les syphilides papuleuses et papulo-pustuleuses, dans les tubercules et les gommes. Pourtant il a dû donner quelquefois l'iodure de potassium pour ces dernières et pour les syphilides antérieures. Résultats douteux dans 4 cas de syphilis cérébrale et médullaire, où d'ailleurs les autres méthodes auraient également échoué. En somme, cette méthode est très active; mais elle ne doit pas faire exclure l'iodure de potassium et les médications locales. Les récidives, d'après ses statistiques, sont aussi nombreuses qu'avec les autres méthodes : leur total est en moyenne de 67 0/0 pour les malades non soumis à un traitement mercuriel antérieur. et de 33 0/0 pour ceux qui avaient déjà été traités. L'auteur donne aussi la statistique du service de Lundberg, qui a traité les militaires. Sur

94 malades non traités antérieurement, la récidive est survenue 53 fois, soit 56,2 0/0, mais 21 malades ont quitté le régiment trop tôt après le traitement pour pouvoir être suivis. L'absence de récidive ne serait guère observée que dans 22 0/0 des cas. Quoique très actives, les injections de calomel n'arrêtent donc pas l'évolution de la maladie. Les abcès, ou plutôt les collections désignées sous ce nom, sont très rares et sans aucune gravité. Le pus ne contient pas de microbes. Ils sont relativement fréquents chez les femmes (24 sur 104 injections). Le pus des abcès contient des granulations de mercure en assez grande quantité, ainsi que l'auteur l'a constaté cliniquement. Il a observé 11 stomatites, 7 légères chez les hommes, 4 plus intenses chez des femmes. Au point de vue de l'élimination par les urines, Welander a obtenu des résultats très variables suivant les cas. Le mercure était parfois très abondant dans l'urine au bout de 4 ou 5 jours, et apparaissait à peine dans d'autres cas au bout de 12 jours. Mais une fois l'élimination arrivée à la période la plus active, dans aucune autre méthode on ne trouve autant de mercure dans l'urine. On en retrouve en quantité importante 30 ou 40 jours après la dernière injection; dans un cas il y était encore en grande quantité 60 à 70 jours après la terminaison du traitement. Il en a retrouvé 110, 121, 132 jours après la dernière injection. En résumé, la méthode des injections de calomel est simple, commode et très active; malgré ses inconvénients, un grand avenir lui est réservé. L'auteur accepte les mêmes conclusions pour l'oxyde jaune et est d'accord sur tous les points avec Watraszewski.

F. BALZER.

VIII. — Zeissl s'est servi des injections de formiamide et de peptone mercurique; il a eu aussi recours aux injections de calomel en suspension, quand les malades pouvaient garder le repos. Sur 45 malades traités par le formiamide, peu après la sortie de l'exanthème, pas un ne fut exempt de récidive. Sur le conseil de Lustgarten, il a aussi employé le tannate de mercure en injections sous-cutanées ou mieux intramusculaires. Les injections qu'il faisait une fois par semaine n'ont donné lieu à aucun abcès. Il mettait le tannate en suspension dans l'huile de vaseline (2 p. 10). Il a fait 150 injections, et il suffirait habituellement de deux injections pour faire disparaître les accidents. La réaction locale était peu intense.

IX. — Le Roy publie dans cette thèse les résultats obtenus à l'hôpital de Brest dans le service de Galliot. Plus de 100 syphilitiques ont été traités; on a fait de 320 à 330 injections, chaque malade a reçu en moyenne 3 ou 4 injections de calomel ou d'oxyde jaune. A l'exemple de Galliot, il recommande de faire la piqûre environ à deux centimètres au-dessus du grand trochanter et à quatre travers de doigt en arrière de son bord postérieur. Le traitement a fait disparaître rapidement les manifestations diverses : roséole, syphilides papuleuses diverses, iritis, etc. L'auteur est enthousiaste de cette méthode. Il n'a encore vu ni abcès, ni récidives depuis qu'elle est en pratique à l'hôpital de Brest. Le nombre de journées d'hôpital a diminué dans une proportion relativement considérable. La méthode de Scarenzio et de Smirnoff lui paraît appelée à rendre d'importants services dans les centres maritimes. F. BALZER.

Contribution à l'étude du gonococcus. Procédé de culture, par LOBER (*Bull. méd. du Nord, p.* 206, 1887).

Pour isoler le micrococcus de la blennorragie, Lober fait des cultures sur de la gélose peptonifiée et sucrée, dont il donne la formule détaillée; du deuxième au cinquième jour seulement, les colonies de gonocoques se développent pour faire place ensuite à d'autres microbes. Lober conserve des cultures pures de gonocoques en ensemençant des bouillons de veau neutralisés ou encore de la pulpe de pommes de terre. Une température constante de 15 à 20° est indispensable.

Grâce à cette méthode d'isolement et de culture, l'auteur a pu affirmer la nature blennorragique de taches de pus trouvées sur du linge, alors qu'il était très difficile de constater la présence des gonocoques dans la macération des morceaux de toile imprégnée de pus. Ce procédé offre donc, au point de vue médico-légal, une grande importance. P. PARISOT.

Recherches sur les rapports qu'affecte le gonococcus avec les éléments du pus blennorragique, par LEGRAIN (*Archiv. de physiologie,* 15 *août* 1887).

En présence des opinions contradictoires émises par Neisser, Bockhart, Wolf, Eschbaum, Haab et Leistikow, touchant la distribution des gonococci dans le pus blennorragique, il a paru intéressant à l'auteur de rechercher les rapports exacts des microbes avec les cellules épithéliales du canal de l'urèthre et avec les globules de pus de l'écoulement chez l'homme.

Le gonococcus de Neisser occupe un siège variable aux diverses époques de la blennorragie, ce qui explique les contradictions des auteurs qui ont étudié ce sujet.

Au début, on le voit sur les cellules épithéliales. Dès le milieu du deuxième jour, les cellules épithéliales disparaissent presque complètement et il pullule dans les globules de pus. A la période subaiguë, les éléments épithéliaux réapparaissent assez nombreux, mais ne renferment point de microbes. A la phase chronique, les globules de pus disparaissent de plus en plus et les gonococci se trouvent seulement sur les cellules épithéliales, qui en contiennent un assez grand nombre. En cas de recrudescence, les cellules purulentes se montrent de nouveau, mais les micro-organismes restent fixés sur les éléments épithéliaux.

A la période aiguë, les parasites sont peu nombreux dans le liquide intercellulaire ; mais dans les cas chroniques il est aisé d'y constater leur présence.

L'auteur étudie ensuite les rapports des gonococci avec les divers éléments du pus et les modifications qu'il détermine dans leur constitution histologique.

A la phase aiguë, les germes pénètrent les globules purulents, se multiplient dans leur protoplasma et envahissent leurs noyaux, qui se diffusent et se fondent au milieu de la masse sans cesse croissante des parasites. Lorsque l'écoulement est ancien, les dégâts causés par les gonococci dans l'élément cellulaire sont moins profonds ; les cellules épithéliales, malgré le nombre des microbes, conservent leurs dimensions habituelles et leur aspect normal. Il semble qu'il y ait diminution progressive de la vitalité des microbes ; leurs générations s'affaiblissent en se succédant sur un terrain de plus en plus épuisé. A. GILBERT.

Deaths from gonorrhœa (Cas de mort causée par la blennorragie), par Abner POST (*Boston med. and surg. Journ.*, 5 *mai* 1887).

L'auteur a réuni dans ce travail un certain nombre d'observations, déjà publiées pour la plupart, dans lesquelles la mort des sujets a été plus ou moins directement imputable à la blennorragie urétrale. Le plus souvent, dans ces cas exceptionnels, il se fait de l'infection purulente à la suite de lésions des corps caverneux dans la rupture de la corde (Voillemier, Villeneuve) ou à la suite de prostatite aiguë (Guyon, Pitman) ou subaiguë (Fournier). D'autres fois, l'inflammation blennorragique se propage de l'urètre à la vessie et de celle-ci au rein, en déterminant une pyélo-néphrite mortelle (Lallemand, Murchison, Delafield). La péritonite et le phlegmon sous-péritonéal ont été aussi observés, lorsque d'un point quelconque de l'appareil urinaire ou génital l'inflammation spécifique se propage à la séreuse abdominale (Velpeau, Faucon). Enfin, le rhumatisme articulaire d'origine blennorragique a également causé un certain nombre de victimes soit par accidents cardiaques (Brandes, Milton, Lorain), soit par complications cérébro-médullaires (Gull). En terminant, Abner Post rapporte quelques cas dans lesquels une urétrite blennorragique s'est accompagnée de pyohémie mortelle, sans qu'aucune lésion d'organe permît de découvrir la porte d'entrée de l'infection purulente. R. JAMIN.

Ueber latente und chronische Gonorrhœ beim weiblichen Geschlecht (Gonorrhée latente et chronique chez la femme), par NŒGGERATH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1059, 1887).

Voici les signes qui permettent à l'auteur de reconnaître la blennorragie chronique de la femme :

Apparition chez une femme saine, peu de temps après le mariage, d'une affection des organes génitaux qui réagit sur l'état général sans le moindre désordre local appréciable.

Sécrétion purulente sans ulcérations profondes, ni granulations, ni tumeur maligne : ou sécrétion vitreuse, discrète, avec érosion étroite du col.

Catarrhe des glandes vulvo-vaginales.

Petits condylomes à l'entrée du vagin, sur divers points ; mêmes productions au pourtour de l'anus.

Granulations du col ; salpingite, périmétrite, ovarite parenchymateuse.

L. GALLIARD.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Sul peso della calotta craniense rispetto alla sua capacita... (Sur le poids de la calotte crânienne comparativement à sa capacité, étudié sur 350 aliénés), par PELI (*Arch. italiano per le mal. e nerv. alien. ment., fasc.* 1, 1887).

Le poids de la calotte crânienne, comparativement à sa capacité, varie chez les individus sains et chez les individus atteints de maladies mentales. Chez les individus sains d'esprit, à chaque décilitre de capacité de la voûte du crâne, correspond un poids moyen de 44gr,96 pour l'homme (avec un minimum de 28gr,89 et un maximum de 54gr,19), et un poids moyen de 46gr,68 pour la femme (le minimum étant 32gr,39 et le maximum 61gr,87). L'âge n'a pas d'influence appréciable sur ces rapports, ni dans un sexe, ni dans l'autre.

Chez les aliénés, à chaque décilitre de capacité de la calotte crânienne correspond, pour l'homme, un poids moyen de 45gr,83 (minimum 28gr,25, maximum 89gr,08), pour la femme, un poids moyen de 47gr,03 (minimum 27gr,28, maximum 76gr,16). Le poids de la calotte crânienne, comparativement à sa capacité, est donc plus grand chez la femme que chez l'homme, et chez l'aliéné que chez l'individu sain d'esprit. Ce rapport varie, du reste, beaucoup selon les différentes formes d'aliénation mentale. Le maximum s'observe dans la folie paralytique et dans la folie épileptique (54gr,36) chez les femmes. Le minimum, pour elles, est de 38gr,89 dans l'imbécillité et l'idiotie. Chez l'homme, ce poids varie de 38gr,05 (folie pellagreuse) à 54gr,14 (monomanie intellectuelle impulsive). Enfin, pour les fous non plus, les différences d'âge n'influent pas notablement sur le poids de la calotte crânienne, comparativement à sa capacité.

DESCOURTIS.

On certain questions relating to the urinology of the insane (De la fonction urinaire chez les aliénés), par Ernest BIRT (*Brain, p.* 362, *octobre* 1886).

Mémoire destiné à contrôler les recherches de Zuelzer sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines suivant l'état d'excitation ou de dépression du cerveau.

Chez les paralytiques généraux, l'auteur donne des analyses qui montrent une augmentation du phosphore et des sels pendant la période soporeuse qui suit les attaques apoplectiformes. Ces résultats ne sont cependant pas constants, car chez des épileptiques, après des attaques subintrantes, on ne retrouve pas nécessairement cet accroissement des phosphates.

Chez des mélancoliques avec stupeur, les analyses fournissent une dose de phosphore supérieure à la normale. Mais on peut objecter à ces résultats qu'il n'est tenu aucun compte de la nourriture des malades, ce qui est, dans l'espèce, un facteur trop important pour être négligé.

H. R.

Klinische Untersuchungen über Magenverdauung bei Geistenkranken (État de la digestion stomacale chez les aliénés mélancoliques), par von NOORDEN (*Arch. f. Psychiatrie, XVIII, Heft* 2, *p.* 547).

Chez les mélancoliques, la production d'acide chlorhydrique, après ingestion d'aliments, est considérablement accrue au point d'amener l'état connu sous le nom de suracidité du suc gastrique. Comme conséquences, on remarque chez ces malades une digestion très prompte et complète de la viande dans l'estomac, une modification à peine sensible au contraire des féculents, enfin l'estomac se vide de son contenu avec une rapidité surprenante; de 3 1/2 à 4 heures après le principal repas, c'est à peine s'il renferme encore quelques traces d'aliments. En dehors de la période digestive, il n'y a pas de sécrétion de suc gastrique.

L'acidité exagérée de ce dernier n'a d'ailleurs aucune suite fâcheuse, ce qui s'explique en partie parce que le degré d'acidité est relativement modéré, oscillant de 0,28 à 0,40 0/0.

Chez 2 mélancoliques toutefois, von Noorden a trouvé la digestion parfaitement normale. Enfin, chez les mélancoliques en train de devenir déments, l'acidité du suc gastrique tombe en revanche au-dessous de la normale. J. B.

Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen (Sur les symptômes moteurs dans les cas de psychoses simples, par FREUSBERG (*Archiv für Psychiatrie, Band XVII, Heft* 3, *p.* 757, 1886).

Freusberg groupe les symptômes moteurs des psychoses simples dans l'ordre suivant :

1° Symptômes en rapport avec un trouble en rapport avec l'excitabilité des appareils moteurs.— Accroissement ou diminution de la réaction des pupilles à la lumière, qui coïncide, chez les déments et les maniaques, avec des secousses des commissures labiales, pendant le parler. Modification de l'excitabilité électrique des nerfs moteurs, bien étudiées par Tigges; modifications des réflexes tendineux et de l'excitabilité des muscles.

2° Symptômes en rapport avec une modification du tonus musculaire. Ils vont depuis la tendance à maintenir une même attitude, à rester immobile sur une même place, jusqu'à la stupeur et à la catalepsie.

3° Décharges motrices paroxysmales de représentations psychiques liées à un état d'excitation, décharges se faisant sous forme de transes, de raideurs, de mouvements involontaires. Ce genre de symptômes a fait l'objet d'une étude spéciale de la part de l'auteur.

4° Symptômes moteurs paradoxaux concomitants d'une psychose, tels que les manifestations décrites par Koller, sous le nom de mouvements et d'actions paradoxaux, la paramimie de Krafs-Ebings, l'intonation chantante de la voix de certains mélancoliques, les accès de rire, survenant en plein état d'angoisse, une modification du rythme respiratoire, comme une sorte d'oppression, notée par l'auteur chez des déments encore jeunes, qui se voyaient observés.

5° Les mouvements intentionnels et les manifestations motrices qui relatent le contenu de l'idéalisation — mouvements, gestes, attitudes — — traduisant la colère, l'angoisse, la joie, etc.

6° Les mouvements automatiques qu'on observe à titre de manifestations individuelles chez les sujets affectés d'une démence chronique, tics, grimaces, démarche singulière, etc.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'auteur s'est occupé d'une façon spéciale des symptômes du troisième groupe, et il relate deux observations sommaires à titre d'exemple, types de ce genre de manifestations motrices. L'auteur s'attache ensuite à démontrer qu'il n'existe pas de différence essentielle entre la secousse convulsive et la raideur convulsive, de même qu'il n'existe pas de différence absolue entre un phénomène d'excitation motrice et un phénomène d'arrêt : l'un ou l'autre de ces deux phénomènes succédera à la mise en jeu d'un même centre, suivant l'état d'excitation dans lequel se trouveront placés d'autres appareils centraux en connexion avec le premier.

Freusberg entre ensuite dans quelques développements sur les relations de ces symptômes du 3e groupe avec les manifestations similaires de l'alcoolisme, de l'hystérie et de l'épilepsie. Il cherche à démontrer que la conscience n'a aucune part dans ces décharges motrices paroxysmales, mais que celles-ci concordent néanmoins avec certaines anomalies de la conscience, qui survivent aux paroxysmes, mais qui ne persistent pas toujours pendant la durée de ceux-ci. D'où cette conclusion générale du travail de Freusberg. Il existe des constitutions telles que l'état d'excitation psychique créé par une psychose aiguë retentit sur les centres moteurs en produisant des phénomènes d'arrêt et des phénomènes d'excitation, sans intervention de la volonté et de la conscience; ces mêmes constitutions sont prédisposées aux troubles de la conscience à forme délirante. E. RICKLIN.

Ein Fall von todtlicher mit anscheinenden Herdsymptomen sich combinirender Neuropsychose ohne anatomischer Befund (Un cas de neuropsychose mortelle avec apparence de symptômes d'une lésion en foyers, sans altérations anatomiques appréciables), par R. THOMSEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 3, *p.* 844, 1886).

L'observation de Thomson concerne un jeune homme de 25 ans, dont le père avait eu des accès d'épilepsie et avait succombé à une attaque d'apoplexie. Le patient, alcoolique, commença par éprouver des accès d'angine de poitrine. Trois ans plus tard, survint une première attaque de convulsions, qui se répéta, alternant avec des accès de delirium tremens, de l'agoraphobie et de la démence. A cette époque, on constata des signes d'hystérie (hémianesthésie sensitive sensorielle, rétrécissement concentrique du champ visuel).

Quelques mois plus tard, les troubles psychiques reparurent avec de nouveaux symptômes. Il s'agissait cette fois d'une hémiplégie droite, intéressant les muscles de la face, le releveur de la paupière, le droit interne et les muscles innervés par l'hypoglosse à gauche. Cette hémiplégie s'effaça bientôt, pour reparaître aux membres seulement et pour peu de temps. Le malade présenta également des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, des crises entéralgiques, des douleurs en urinant, du ptosis et de la trépidation épileptoïde. Finalement, la mort survint presque subitement.

Autopsie. — Négative pour l'examen à l'œil nu. Histologiquement, les centres nerveux présentent également une structure normale; par contre, dans quelques fragments de nerfs périphériques, on découvrait les traces d'une dégénérescence atrophique d'un certain nombre de fibres.

L'auteur discute les raisons qui s'opposent à rattacher ce fait à l'hystérie. Il admet que les accidents observés du vivant du sujet et la dégénérescence des nerfs périphériques s'étaient développés sous l'influence de l'alcoolisme. E. RICKLIN.

De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale, par BORDES-PAGÈS (*Thèse de Paris*, 1887).

L'aortite chronique et en général l'artérite chronique sont, d'après Bordes-Pagès, une lésion constante dans la paralysie générale. Anatomiquement, on les observe, à divers degrés, dans toutes les formes et dans toutes les variétés de cette maladie. Au point de vue clinique, ces lésions restent parfois silencieuses; ordinairement elles se traduisent par un ensemble de symptômes très accusés et caractéristiques de l'endartérite déformante. Elles entraînent des altérations multiples des valvules aortiques et du muscle cardiaque, et provoquent quelquefois la mort par arrêt subit du cœur. DESCOURTIS.

Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse und bei anderen Geisteskrankheiten (Sur l'état des fibres nerveuses à gaine de myéline dans la paralysie générale progressive et dans d'autres formes de démence, par ZACHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenhrank, Band XVIII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 62 *et* 348, 1887).

Voici le résultat des recherches de Zacher sur les fibres à gaine de myéline de l'écorce grise chez les déments :

L'atrophie et la disparition des fibres à gaine de myéline s'observe non seulement dans les cas de paralysie générale typique, mais dans les formes avoisinantes de démence, et à une époque peu avancée de la maladie. Cette lésion n'a manqué qu'une fois sur les cinq cas de démence sénile. La disparition des fibres à gaine de myéline consiste habituellement avec l'athérôme vasculaire (démence, épilepsie, alcoolisme).

Dans les cas de psychoses fonctionnelles, les fibres à myéline étaient intactes dans l'écorce ; elles paraissaient être légèrement diminuées de nombre dans deux cas d'idiotie avec épilepsie.

C'est dans les parties antérieures de l'écorce, que cette disparition des fibres à myéline débute et qu'elle affecte sa plus grande intensité. Par contre, Zacher n'a pu constater l'exactitude de l'assertion de Tuczeck, a savoir que l'atrophie des fibres à myéline commence toujours dans la circonvolution droite ; il n'a reconnu aucune régularité dans la distribution de cette atrophie à travers les diverses couches de l'écorce. Celle-ci est répartie par îlots disséminés. L'auteur n'a pas non plus constaté de parallélisme entre l'atrophie des fibres à myéline et l'évolution des troubles mentaux. RICKLIN.

Ueber die Pupillenstarre bei der progressiven Paralyse (Sur le défaut de réaction de la pupille dans la paralysie générale), par MŒLI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 1, *p.* 1, 1887).

Sur un total de 510 paralytiques généraux qu'il a examinés au point de vue de la réaction pupillaire, Mœli a trouvé cette réaction normale dans 28 0/0 des cas, lente dans 10 0/0, faible dans 10 0/0, douteuse dans

4 0/0, elle manquait totalement dans 47 0/0. Chez la plupart des sujets examinés, la pupille présentait un diamètre moyen. Rarement ce diamètre mesurait 6 millimètres ; dans 7 0/0 des cas, il mesurait moins de 2 millimètres. C'est surtout dans les cas de myose légère que la pupille présentait un contour anguleux. L'inégalité de dilatation des pupilles, qu'on sait être très fréquente, ne dépasse que rarement 1 millimètre. Chez un petit nombre de sujets seulement, M. Mœli a constaté une myose unilatérale très prononcée. Beaucoup plus souvent il existait une mydriase unilatérale, et dans un certain nombre de ces cas, se rapportant pour la plupart à des syphilitiques, il y avait lieu d'admettre l'existence d'une lésion de la portion motrice de l'arc réflexe ; dans ces cas, on a constaté assez souvent une diminution progressive de la mydriase et un retour partiel de la réaction pupillaire.

Chez 84 0/0 des paralytiques qui présentaient le signe de Westphal (abolition du phénomène du genou), la réaction des pupilles à la lumière était abolie ou réduite à son minimum, la proportion n'était que de 41 0/0 chez les malades avec intégrité du phénomène du genou. Le défaut de réaction au moment de la convergence des deux yeux a été noté beaucoup plus rarement que dans les cas de tabes, ce qu'on peut attribuer à la plus grande rapidité des évolutions de la paralysie générale. Des instillations d'une solution de cocaïne à 10 0/0 ont toujours produit une dilatation, quoique faible, de la pupille. Enfin, pendant la durée de ces recherches, qui a été de quinze mois environ, l'abolition du phénomène du genou est survenue chez 9 0/0 environ des malades, et le défaut de réaction pupillaire chez 5 0/0 seulement.

Les données suivantes jettent un peu de jour sur la signification diagnostique de l'abolition de la réaction pupillaire : sur un total de 1,900 sujets examinés qui ne présentaient aucun signe de paralysie générale et qui avaient pu être observés pendant des années, 56 présentaient l'abolition de la réaction pupillaire. De ces 56 sujets, 8 ont été frappés dans la suite de paralysie générale ; 34 autres sont devenus tabétiques ; 10 autres ont présenté des symptômes d'une lésion cérébrale grave ; 11 étaient des syphilitiques, 3 des alcooliques.

M. Mœli s'est occupé ensuite des relations de ce symptôme avec les lésions cérébrales constatées à l'autopsie d'un certain nombre de sujets, sans aboutir à des conclusions formelles. (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 635.)

E. RICKLIN.

Fall von Hyperplasie der Hirnrinde (Hyperplasie de l'écorce cérébrale), par OTTO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 581, 1er *août* 1887).

Femme de 64 ans atteinte de démence sénile. Mort par infarctus pulmonaires consécutifs à une lésion organique du cœur compliquée de néphrite chronique. Autopsie : Hydrocéphalie externe et interne; œdème cérébral.

A la surface du cerveau, au niveau du lobe frontal droit et de la circonvolution centrale antérieure gauche, on aperçoit de petites saillies grisâtres, grosses comme la moitié d'une lentille, composées histologiquement des mêmes éléments que le reste de la substance corticale; mais ces éléments y présentent des modifications numériques et une disposition un peu autre. Ainsi, au niveau de ces saillies, les petites cellules ganglionnaires (pyramidales) de la couche extérieure de l'écorce sont plus nombreuses et disposées un peu irrégulièrement; il en résulte que les fibres nerveuses qui se rendent

à la substance blanche sont en plus grand nombre et plus serrées. A la coupe, le fait est déjà appréciable à l'œil nu par l'existence d'une strie blanche au sein de l'écorce. J. B.

Trois cas d'hétérotopie de la substance grise, par OTTO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 581, 1er *août* 1887).

1er cas. Démente paralytique, âgée de 38 ans, non héréditaire, qui succombe dans une attaque. Outre la méningo-encéphalite chronique et une hydrocéphalie interne, on trouve sur le plancher du ventricule latéral droit, à côté de la queue du noyau caudé, deux nodosités grises, grosses comme des haricots, séparées l'une de l'autre ainsi que du noyau caudé par de la substance blanche; ces nodosités recouvertes par l'épendyme proéminaient peu dans la cavité ventriculaire.

2e cas. Femme de 61 ans, atteinte depuis de longues années d'épilepsie et de démence. Mort par cancer du rein. Outre un épaississement considérable de la calotte crânienne, des opacités de la pie-mère et un peu de sérosité intraventriculaire, on trouve sur le plancher des deux ventricules latéraux toute une série de nodules gris, se prolongeant à gauche tout le long du noyau caudé à droite, seulement au niveau de sa moitié postérieure. Le plus grand nombre de ces nodules gris étaient à moitié saillants dans le ventricule, mais quelques-uns étaient situés profondément dans la substance blanche sous-jacente. Toutes les nodosités étaient séparées les unes des autres ainsi que du noyau caudé par de la substance blanche.

La structure microscopique était la même dans les deux cas. Les nodosités étaient composées d'un réseau de fibres nerveuses très fines et de cellules ganglionnaires en parties pigmentées.

3e cas. Femme de 72 ans; troubles mentaux passagers de la ménopause, il y a 20 ans; vers la fin de sa vie, démence sénile. Mort par entérite aiguë. Autopsie : atrophie sénile du cerveau et artériosclérose. A la face antérieure de la protubérance annulaire, du côté droit, on apercevait à découvert entre les fibres transversales les plus superficielles un nodule gris, gros comme une lentille, constitué histologiquement par un réseau de fibres nerveuses très fines et par de petites cellules ganglionnaires. J. B.

Zur Pathologie der posfebrilen Dementia nebst Bemerkungen über die Nervenfasern der Grosshirnrinde (Sur la pathologie de la démence postfébrile, avec remarques sur les fibres nerveuses de l'écorce des hémisphères), par H. EMMINGHAUS (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XVII, Heft* 3, *p.* 795, 1886).

Emminghaus relate l'observation d'un étudiant, âgé de 19 ans, qui, à la suite d'une attaque de fièvre récurrente, fut frappé de démence grave et succomba quatre semaines environ après son entrée à l'hôpital.

L'examen du cerveau à l'œil nu ne donna que des résultats négatifs. Sur des préparations microscopiques, obtenues d'après le procédé de Gerlach, les fibres nerveuses de l'écorce des hémisphères apparaissaient intactes, tandis que les cellules ganglionnaires présentaient un état trouble dû à la présence de granulations fines, très réfringentes, et cela sur toute l'étendue de l'écorce grise, la région du coin et celle du lobe angulaire exceptées. Cet état trouble du protoplasma cellulaire serait comparable, suivant l'auteur, aux altérations qu'on observe dans d'autres cellules parenchymateuses (foie, rein) et dans les fibres musculaires, à la suite des maladies hyperpyrétiques. C'est à cette altération des cellules ganglionnaires de l'écorce que l'auteur impute le développement de la démence aiguë, chez son malade. E. RICKLIN.

Ueber einige Veraenderungen, velche Gehœrshallucinationen unter dem Einfluss des galvanischen Stromes erleiden (Sur quelques modifications qu'éprouvent les hallucinations de l'ouïe sous l'influence du courant galvanique), par F. FISCHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 1, *p.* 34, 1887).

Chez un dément, âgé de 45 ans, en proie au délire de persécution et à l'agoraphobie, sujet à de violents maux de tête depuis son enfance (méningite à l'âge de trois ans), Fischer a constaté que l'application du courant galvanique sur le crâne provoquait des hallucinations de l'ouïe, après avoir précédemment (pendant une trentaine de séances environ) soulagé le malade des sensations anormales qu'il éprouvait dans la tête.

Chez un autre sujet, âgé de 42 ans, qui en était à sa troisième attaque de manie aiguë, et qui était tourmenté par des hallucinations de l'ouïe, des applications du courant galvanique sur la tête et le rachis (en tout 24 séances) amenèrent une amélioration surprenante comme rapidité et comme intensité. A la suite des quatre premières séances de galvanisation, le malade était le jour durant dans un état qu'il dépeignait ainsi: Lorsqu'on parlait dans son voisinage immédiat, il ne percevait que des sons inintelligibles, qui lui paraissaient venir de très loin, et c'est en vain qu'il s'efforcait de saisir le sens des paroles. Il existe donc, conclut l'auteur, des cas où le courant galvanique appliqué sur les centres encéphaliques y détermine des modifications qui favorisent la cessation des hallucinations de l'ouïe. E. RICKLIN.

Étiologie et pathogénie de l'othématome des aliénés, par COMBEMALE (*Gaz. hebd. des sc. méd., Montpellier, n.* 52. 1887).

L'étude des cas que Combemale a observés lui permet d'éliminer le traumatisme comme cause de l'othématome des aliénés. Le rapprochement des observations de l'asile de Montpellier et de celles recueillies dans la littérature médicale montre que les othématomes ont leur maximum en décembre et en mai, mois propices aux congestions encéphaliques; pour l'auteur, la cause efficiente de l'othématome tiendrait aux influences atmosphériques. Quant à la cause vraie elle doit être cherchée dans la déchéance nerveuse et nutritive de l'individu. A. DUCAMP.

Ipertrofia cerebrale e idiotismo (Observation d'hypertrophie cérébrale chez un idiot), par BERNARDINI (*Riv. sper. di freniatria e di med. leg., vol. XIII, fasc.* 1).

Idiot, 21 ans, réduit presque uniquement à la vie végétative, et sujet à de fréquentes crises d'excitation, meurt d'entérite chronique. Autopsie : taille $1^{m},53$; angle facial 81°; crâne volumineux qui aurait fait croire pendant la vie à une hydrocéphalie ; poids de l'encéphale, 1,755 grammes. Grand développement de toutes les parties du cerveau. Aucune anomalie importante dans la topographie corticale, aucune lésion spéciale grave; pas de dilatation des ventricules. Les cellules nerveuses étaient seulement plus petites et moins nombreuses qu'à l'état normal, et surtout leur protoplasma était granuleux, pigmenté et en partie graisseux ; développement exagéré de la névroglie; dégénérescence des vaisseaux; mais, malgré tout, à part l'altération du protoplasma cellulaire, les lésions cérébrales étaient insuffisantes pour expliquer l'idiotie typique du sujet. DESCOURTIS.

I. — Einige therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus (Braidismus), bei Geiteskranken (Applications thérapeutiques de l'hypnotisme chez les aliénés), par Aug. FOREL (*Correspondenz-Blatt f. schw. Aerz*, *n°* 16, *p.* 481, 15 *août* 1887).

II. — Application de l'hypnotisme au traitement des aliénés, par BURCKHARDT (*Ibidem*, *n°* 18, *p.* 562, 15 *novembre* 1887).

I. — Forel a eu recours à l'hypnotisme et aux suggestions chez 38 aliénés avec des résultats variables. Les succès les plus curieux ont été obtenus chez des alcooliques et des hallucinés.

Parmi les 5 alcooliques, 3 d'entre eux comptaient parmi les pensionnaires les plus indociles. Forel réussit facilement à les hypnotiser. La première suggestion suffit pour modifier radicalement la manière d'être de 3 de ces alcooliques qui devinrent dès lors calmes et sérieux. Dès la seconde séance (quotidienne), l'un d'eux demanda à faire partie d'une société de tempérance (ce que Forel lui avait suggéré), et chez les autres, le même résultat ne tarda pas non plus. Au bout de peu de temps, on put laisser sortir librement de l'asile, 3 de ces hommes qui rentrèrent régulièrement et sans avoir bu.

Un médecin, qui avait eu 2 accès de manie et était depuis des années morphinomane, fit ensuite des abus de cocaïne à l'occasion d'une névralgie du trijumeau. Forel eut quelque peine à le décider à se laisser hypnotiser. Le succès de la médication fut lent ; cependant, au bout de 6 semaines, il paraissait guéri de sa double passion.

La suggestion a réussi aussi à supprimer des hallucinations de l'ouïe, mais ici le succès n'était que temporaire.

II. — Burckhardt a obtenu des résultats très satisfaisants de l'hypnotisme des aliénés. Chez les mélancoliques, elle fait disparaître, d'abord temporairement puis d'une façon durable, les troubles de la sensibilité, le sentiment d'indignité, etc., en même temps qu'elle réveille la volonté. Dans la manie et les folies circulaire, hystérique et puerpérale, l'hypnotisme produit des améliorations passagères ou persistantes. Les idées fixes de délire systématique sont chassées par des suggestions inverses.

A titre d'hypnotique pur, la cure a donné d'excellents résultats chez les malades qui, après avoir fait abus de morphine ou de chloral, avaient des insomnies rebelles à tous les médicaments.

Grâce aux suggestions, on peut aussi abréger ou même couper les attaques hystérique et hystéro-épileptique.

Comme Bernheim, Burckhardt a reconnu que les malades non hystériques et les hommes sont plus faciles à hypnotiser que les hystériques et les femmes. J. B.

Zur Wirkungsweise der Hypnon bei Geiteskranken (Du mode d'action de l'hypnone dans les maladies mentales), par ROTTENBILLER (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, *n°* 11, 1887).

Rottenbiller, après avoir rapporté les opinions émises sur ce nouvel agent hypnotique, indique les résultats auxquels il est arrivé lui-même dans ses essais sur onze malades : jamais, même avec les plus fortes doses, 1gr,5, il n'a obtenu en moyenne plus qu'un sommeil de deux heures environ, et même lorsqu'il existait une forte excitation, il a vu celle-ci persister. Il ne croit donc pas que ce médicament ait un grand avenir ; mais, d'autre part, même avec les fortes doses, il n'a jamais observé le moindre accident d'intoxication. PIERRE MARIE.

Erregbarkeit des Nerven und Muskels in der Hypnose (Excitabilité des nerfs et des muscles pendant le sommeil hypnotique), par TEREG (*Centralb. f. d. m. W.*, *n°* 14).

Des recherches qu'il a entreprises, Tereg conclut que, pendant le sommeil hypnotique, dans l'état de catalepsie, l'excitabilité des nerfs et des muscles est modifiée : il y a augmentation de l'excitabilité par les courants constants, diminution par les courants faradiques. A. MATHIEU.

Myographische Studien bei Paralysis agitans (Études myographiques dans la paralysie agitante, par Arnim HUBER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CVIII*, *Heft* 1, *p.* 45).

L'auteur a pris une série de courbes myographiques dans la paralysie agitante en se servant de l'instrument de Marey. Il constate que le nombre, l'amplitude et la forme des secousses musculaires inscrites varient avec le muscle examiné, le malade, le moment de l'examen. D'une façon générale, le nombre des secousses est de 3 1/2 à 4 par seconde ; pour les muscles du cou et des lèvres ce nombre dépasse 5 par seconde. Dans la plupart des muscles examinés, la courbe est constituée par une série d'ascensions et de descentes se rejoignant à angles aigus. Pour le biceps, il a noté une sorte de plateau entre l'ascension et la descente, il semble que le muscle reste contracturé un instant. Le malade, en contractant les muscles du membre agité, arrive à interrompre dans certains cas presque complètement le tremblement musculaire.

P. GALLOIS.

Réflexions sur un cas de mal comitial avec aura intestinal, par Paul BERBEZ (*France médicale*, 3 *et* 5 *janvier* 1888).

L'existence des épilepsies ressemblant au vrai mal comitial et dues à des lésions périphériques ne paraît pas démontrée à Berbez.

D'après lui, les épilepsies dites réflexes ou périphériques se rencontrent ou chez de vrais comitiaux, et alors elles perdent tout droit à ce titre d'épilepsies réflexes, ou bien chez des gens porteurs de lésions cérébrales, déterminées comme siège sinon comme nature, qui produisent, de par leur position dans l'écorce, des troubles épileptiformes capables d'emblée, ou par la répétition des accès, de simuler à un examen superficiel le vrai mal comitial. On devra donc, après constatation d'antécédents nerveux positifs, penser à l'épilepsie vraie chez les dégénérés et instituer aussitôt le traitement classique par le bromure de potassium.

E. DESCHAMPS.

De l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie, par LEMOINE (*Gaz. méd. de Paris*, 24 *décembre* 1887).

De l'étude clinique que l'auteur a faite sur l'antipyrine chez les épileptiques, il résulte que ce médicament n'a d'action que dans trois variétés de la maladie, dans la forme où les accès sont influencés par la menstruation; chez les épileptiques qui n'ont que des accès bornés, et enfin chez les épileptiques migraineux. OZENNE.

Contribution à l'étude de la névrite alcoolique, par DÉJERINE (*Archiv. de physiologie*, 15 *août* 1887).

La névrite alcoolique peut se traduire isolément ou simultanément par des troubles paralytiques ou par des troubles de la coordination des mouvements; de là trois formes classiques : la forme paralytique, la forme ataxo-paralytique et la forme ataxique. S'appuyant sur un fait de paralysie alcoolique dans lequel les nerfs cutanés n'étaient pas manifestement plus altérés que les nerfs musculaires, au contraire de ce qui se passe dans la forme ataxique, l'auteur conclut que les différentes formes cliniques que peut affecter la névrite alcoolique sont dues à une inégale distribution de la névrite dans les systèmes cutanés et musculaires.

L'alcool ne porte pas seulement son action sur les nerfs affectés à la sensibilité et à la motilité volontaire, il peut agir sur d'autres nerfs et en particulier sur le pneumogastrique ; d'où la tachycardie et la possibilité d'une syncope mortelle.

Les idées émises par Déjerine reposent sur les deux observations ci-après résumées :

1° Paralysie alcoolique des quatre membres, beaucoup plus accusée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs chez une femme de 46 ans. Atrophie légère des membres inférieurs. Marche et station debout à peu près impossibles. Signe de Romberg. Pas d'incoordination motrice, notion de position des membres conservée. Abolition du réflexe patellaire. Altération très marquée de la sensibilité générale, avec retard dans la transmission et perversion dans la perception des sensations. Intégrité de la sensibilité spéciale. Pas de troubles oculo-pupillaires. Tachycardie permanente (130-140). Mort par spléno-pneumonie. Autopsie. Névrite parenchymateuse des nerfs cutanés et musculaires. Névrite des pneumogastriques. Intégrité complète des racines antérieures et postérieures de la moelle épinière et des noyaux du pneumogastrique.

2° Paralysie alcoolique des quatre membres chez un héréditaire dipsomane. Symptômes de paralysie ataxique au début ; plus tard paralysie avec atrophie musculaire. Troubles mentaux passagers avec idées de suicide. Réaction de dégénérescence dans quelques muscles. Abolition des réflexes tendineux. Conservation des réflexes cutanés. Intégrité des sphincters. Altérations marquées de la sensibilité. Signe de Romberg. Tachycardie persistant plusieurs mois. Guérison.

A. GILBERT.

Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem (Sur les suites durables de l'ergotisme, portant sur les centres nerveux), par F. TUCZECK (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 2, *p.* 329, 1887).

A la suite d'une épidémie d'ergotisme, qui a sévi il y a environ sept ans dans le district de Falkenberg, Tuczeck avait publié des observations démontrant que l'action délétère de l'ergot de seigle s'exerce sur la moelle en produisant des lésions et des symptômes qui présentent une analogie frappante avec les lésions et les symptômes du tabes dorsalis. Récemment, l'auteur a fait une enquête sur l'état des personnes victimes de cette épidémie, auxquelles il avait été appelé à donner ses soins. Cette enquête avait pour but d'élucider la question de savoir ce qu'il restait des accidents survenus au début et si ces accidents avaient suivi une évolution progressive ; en voici les principaux résultats :

Sur un total de 29 sujets, traités jadis par Tuczeck, à l'asile de Frankenberg, 9 sont morts, 4 à l'asile, 5 au dehors. Les constatations nécroscopiques faites chez les quatre premiers ont été consignées dans un mémoire antérieur (*R. S. M.*, XXIV, 66); les 5 autres ont succombé dans le marasme, après avoir continué à présenter des accidents convulsifs et des troubles psychiques.

Sur les 20 sujets restants, 5 avaient quitté le pays et 4 d'entre eux semblaient être revenus à la santé, d'après les renseignements recueillis. 2 autres étaient sujets à des accidents qui affectaient une ressemblance complète avec les manifestations de l'épilepsie (petit mal, grand mal, folie pré- et post-épileptique).3 seulement, parmi ces 15 sujets, ont conservé l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Ce sont les seuls aussi, chez lesquels il a été possible de reproduire le phénomène du genou, dont l'abolition avait été constatée précédemment; chez l'un de ces 3 sujets, l'abolition du phénomène du genou subsistait d'un côté. Chez les treize autres, le phénomène était aboli des deux côtés, mais sans qu'il existât du même coup les troubles de la motilité, de la coordination motrice, de la réaction pupillaire ou de la sensibilité (sauf les phénomènes de paresthésie).

En somme, il paraît résulter de cette enquête que, si l'empoisonnement par l'ergot de seigle a produit du côté du cerveau et de la moelle des désordres irréparables chez la plupart des victimes, ces désordres n'ont pas suivi une évolution progressive, mais sont allés en s'atténuant, principalement en ce qui concerne les altérations des cordons postérieurs.

L'auteur a insisté incidemment sur ce que les faits, en nombre assez restreint, qui ont servi de thème à ses différents mémoires ne sauraient donner une idée des ravages causés par l'épidémie en question, dans le district frappé. Des familles entières ont disparu, victimes de cette épidémie, beaucoup de personnes sont devenues et restées épileptiques ou ont été frappées de démence.

Un symptôme curieux noté chez l'un des sujets sur lesquels a porté l'enquête de Tuczeck, c'est la chute des ongles des doigts, coïncidant avec la chute des cheveux. E. RICKLIN.

MÉDECINE LÉGALE.

Weitere Beitraege zur Lehre von der Magen-Darm-Probe (Nouvelles recherches sur la docimasie gastro-intestinale), par UNGAR (*Viertelj. f. gerichtliche Medicin und œff. Sanit., nouv. série, XLVIII*, 234, *janvier* 1888).

Après s'être efforcé dans un précédent travail (*R. S. M.* XXX, 580) de réhabiliter l'épreuve docimasique de Breslau, Ungar a étudié expérimentalement l'origine et le mode de pénétration du gaz qu'on trouve dans le tube digestif. Il conclut qu'il s'agit d'air aspiré dans l'œsophage, au moment de la dilatation du thorax pendant l'inspiration, parce qu'alors

la pression dans la portion thoracique de l'œsophage se trouve inférieure à celle de l'atmosphère. Ce sont les contractions de la musculature de l'œsophage qui poussent ensuite l'air dans l'estomac et l'intestin. Ainsi s'explique naturellement l'observation de Hofmann, que, lorsqu'il existe une obstruction du larynx, de la trachée et des bronches, le contenu gazeux du tube digestif est beaucoup plus abondant. En effet, il y a alors une dyspnée inspiratoire avec excursions très étendues du larynx qui ont pour résultat de rendre béant le conduit œsophagien. C'est par un mécanisme analogue qu'on comprend que la méthode de respiration artificielle de Schultze introduise de l'air non seulement dans les poumons, mais aussi dans l'estomac.

Même devant la vie intra-utérine, de l'air peut arriver dans le tube digestif. On sait d'ailleurs que la docimasie pulmonaire est passible de la même objection qui n'en diminue nullement l'importance pour la généralité des cas.

Tout en admettant que c'est surtout par aspiration que le tube digestif des nouveau-nés se remplit d'air, Ungar ne conteste pas la possibilité que les mouvements de déglutition n'amènent aussi dans l'estomac des bulles d'air qui sont alors enveloppées de mucosités.

D'autres expériences d'Ungar lui permettent d'affirmer que le contenu gazeux gastro-intestinal des nouveau-nés ne provient ni d'un travail local de fermentation ou de putréfaction, ni d'une exhalation de la muqueuse digestive. J. B.

Vorschlag einer neuen Methode der gerichtlich-chemischen Bestimmung des Gelebthabens des Neugeborenen (Eisenlungenprobe) (D'une nouvelle méthode chimico-légale pour déterminer si un nouveau-né a vécu), par St. Szcz. ZALESKI (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, XLVIII,* 68, *janvier* 1888).

Pour proposer la docimasie sidéro-pulmonaire, Zaleski est parti de l'idée que, durant la vie utérine, les poumons fœtaux ne reçoivent que le sang nécessaire à la nutrition de leur parenchyme. Il en résulte que les poumons qui n'ont pas respiré doivent contenir moins de fer que ceux qui ont reçu du sang de la petite circulation.

Zaleski a donc dosé la quantité de fer renfermée dans les poumons de 7 enfants venant de naître, dont 3 mort-nés, et dans ceux d'un homme.

Voici les moyennes auxquelles il est arrivé :

1° *Mort-nés :*	Substance sèche	13,22 0/0
	Fer dans le poumon frais	0,0110
	Fer dans le poumon desséché	0,0828
2° *Enfants nés vivants :*	Substance sèche	15,87 0/0
	Fer dans le poumon frais	0,0188
	Fer dans le poumon desséché	0,1182
3° *Homme :*	Substance sèche	20,82 0/0
	Fer dans le poumon frais	0,0333
	Fer dans le poumon desséché	0,1599

Il résulte des recherches de Zaleski : 1° qu'aussi bien la proportion centésimale de substance sèche que la teneur en fer des poumons de nouveau-

nés sont beaucoup moins considérables chez les mort-nés que chez ceux qui ont respiré; 2° que la richesse des poumons en fer croît avec l'âge du fœtus; 3° qu'il n'y a pas un écart très marqué dans la proportion de fer contenue dans les poumons d'un adulte sain et dans ceux d'un enfant venu à terme; 4° que l'existence chez le nouveau-né d'une inflammation pulmonaire influence relativement peu la teneur en fer de l'organe et davantage la proportion de substance sèche; 5° que l'imbibition sanguine artificielle du tissu pulmonaire paraît sans action sur sa richesse en fer; 6° que les résultats de la docimasie sidéro-pulmonaire ne sont pas en contradiction avec ceux des autres docimasies du poumon; enfin, 7° que la teneur en fer des poumons dépend essentiellement de l'établissement de la respiration, et qu'elle semble être directement proportionnelle au fonctionnement des poumons.

Des expériences plus nombreuses sont nécessaires pour fixer la valeur définitive de cette méthode docimasique. On ne pourra toutefois l'employer dans les cas d'hémorragies par non ligature du cordon. En revanche, elle remplacerait la docimasie hydrostatique, quand les poumons sont putréfiés, ou bien qu'ils ont été cuits, ou conservés dans l'alcool. J.-B.

Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison, par TERRIEN (*Progrès médical*, 17 *septembre* 1887).

G... âgé de 25 ans, est atteint de délire hypochondriaque avec idées de suicide. Le 13 août il se soustrait un instant à la surveillance des gardiens; on le trouve quelques minutes après suspendu les yeux ouverts, les pupilles dilatées, les membres flasques, la langue violacée, dans un état de mort apparente, on constate l'insensibilité du corps, de la cornée; la titillation de la pituitaire provoque un mouvement, les bruits du cœur sont faibles, réguliers, le pouls petit. Il y a eu évacuation d'urine, mais pas d'éjaculation, ni d'évacuation de fèces. La respiration artificielle pratiquée amène l'accélération des mouvements thoraciques, et bientôt éclate une attaque épileptiforme, avec alternatives de tonisme et de clonisme. Au bout de dix minutes la sensibilité revient, et G... couché sur un lit lève alternativement les pieds comme s'il marchait. On le met debout, on remarque que, soulevant les pieds, il tend d'abord à pivoter sur place vers la droite; puis il décrit un cercle à très court rayon, mais toujours à droite, et la tête penchée à droite; veut-on le faire tourner à gauche ses jambes s'entremêlent, il ne peut avancer; le rayon des cercles va grandissant; il se met à courir peu à peu avec une vitesse croissante; mis devant un lit il continue ses mouvements de marche, quoique sa figure exprime la douleur à chaque heurt. Les pupilles sont dilatées, mais réagissent, la cornée est sensible, les réflexes patellaires sont accrus. Tous ces phénomènes s'étaient succédé en l'espace d'une heure. Quatre heures après, il dit un mot; bientôt il se met à marcher seul sans incoordination, ni gyration. Il parle et comprend, mais les idées sont embrouillées, et il n'a aucune notion de ce qu'il a fait. Le lendemain il était dans son état normal et racontait ce qui l'avait déterminé à se pendre, et la manière dont il avait tenté sa pendaison.

L'auteur, après recherches faites, estime que G... a pu rester pendu 3 à 4 minutes; la syncope a dû être très rapide. Il insiste sur la rotation à droite, sur la sensibilité de la pituitaire. H. L.

Un cas d'asphyxie par strangulation. Abaissement considérable de la température, par BOURNEVILLE (*Progrès médical*, 17 *septembre* 1887).

Un homme trouvé pendu, avait été saigné et envoyé à l'hôpital. Une heure après la température rectale était 34,1, l'anesthésie complète, la cyanose générale, le pouls 84. 2 heures après l'accident 72 p. 34,1. 3 heures après 72 p. 36,8 T. R. 5 heures après 80 p. 38,4. 6 heures après 80 p. 40,3. 20 heures après 88 p. 39,3. H. L.

De la pendaison dans les pays chauds, par G.-E. PELLEREAU (*Annales d'hyg. publ. et médec. légale*, 3e *série*, *XVI*, 108, *août* 1886).

Aux colonies, la pendaison est le procédé de suicide le plus fréquent, dans les classes inférieures et chez les Indiens. A l'île Maurice, les classes aisées et les Chinois ont plutôt recours aux armes à feu et au poison.

Le suicide est rare parmi les enfants. A Port-Louis, ville de 60,000 habitants, Pellereau a observé, en 6 ans, cinquante suicides par pendaison et six suppliciés pendus. Il a pu noter de près les phénomènes qui suivent la pendaison judiciaire. Le corps du condamné, par la chute d'une trappe, est projeté d'une hauteur de huit pieds. Il reste suspendu une heure. Aussitôt que le condamné tombe, aucun cri ne se fait entendre. Il y a d'abord une immobilité absolue, puis survient une rigidité tétanique de tout le corps, suivie de convulsions avec râle trachéal. La perte de connaissance est évidemment instantanée. Les 3 périodes successives d'immobilité, de rigidité et de convulsions cloniques, durent, toutes ensemble, de 2 à 5 minutes au plus ; au bout de ce temps, il est impossible de provoquer le moindre mouvement réflexe.

Chez les pendus, la rigidité cadavérique n'apparaît que 3 ou 4 heures après la mort, ce qui est une époque tardive surtout dans les pays chauds. D'autre part, elle procède lentement et dure longtemps, persistant parfois même alors que la putréfaction a déjà commencé.

Pellereau a pesé des criminels avant et après la pendaison ; il a trouvé qu'ils perdent 1 kilogramme à 1 kilogramme 1/2 de leur poids, sans pouvoir l'expliquer. (Dans un autre passage il dit que la vessie et l'intestin expulsent quelquefois leur contenu pendant la suspension ; de même qu'il y a émission de sperme sans érection.)

Pellereau n'a jamais constaté ni fracture du larynx ni rupture de la tunique interne des carotides.

Pas d'ecchymoses ponctuées sous-pleurales, mais des plaques d'emphysème à la base et aux bords antérieurs des poumons. Il n'est pas rare de trouver les poumons affaissés et rétractés contre la colonne, au lieu de les trouver volumineux et gorgés de sang.

Toutes les tuniques du petit intestin sont congestionnées, ainsi que la signalé Taylor. Chez les suppliciés, les tissus voisins de l'articulation atloïdo-axoïdienne sont contus, tous les ligaments articulaires sont détruits et il y a luxation complète de l'atlas sur l'axis, sans aucune fracture; le bulbe est plus ou moins écrasé.

Chez les nègres, l'empreinte du lien suspenseur n'est pas visible.

J. B.

Kindesmord. Erstickungstod durch Verlegen der Athmungswege... (Infanticide par obstruction des voies aériennes avec le doigt. Dénégations de l'accouchée, qui prétendait avoir perdu connaissance), par SCHILLER (*Viertelj. f. gerichtliche Medicin, XLVII, p.* 297, *octobre* 1887).

Corps de nouveau-né, à terme, viable, et ayant respiré et crié. A l'autopsie, on constate les lésions suivantes :

1° A 9 millimètres au-dessous de la commissure labiale droite, ecchymose lenticulaire avec excoriation, dessiccation et induration de l'épiderme et épanchement sanguin sous-jacent ;

2° Sur le côté gauche du cou, au niveau de l'extrémité supérieure du larynx, extravasat sanguin, dans l'étendue d'un carré de un centimètre ; rien d'analogue du côté opposé ;

3° Au point de jonction de la paroi postérieure du pharynx avec l'œsophage, deux solutions de continuité, dirigées verticalement du pilier palatin correspondant jusque dans l'œsophage ; la plaie droite a 4 centimètres de long, la gauche 2 1/2 ; les tissus environnants sont infiltrés de sang ;

4° Ecchymose occupant toute la moitié gauche du voile palatin, avec extravasat sanguin au-dessous de la muqueuse.

La trachée et les bronches, jusque dans leurs dernières ramifications, sont remplies de sang en partie coagulé. Larynx et os hyoïde intacts. Nulle part d'ecchymoses sous-séreuses. Congestion médiocre des divers viscères. Le cordon ombilical n'a pas été lié. Schiller conclut :

L'enfant a succombé à une asphyxie déterminée par l'introduction d'un doigt dans les voies respiratoires. Seule, en effet, la main est capable de produire simultanément les 4 blessures décrites. Voici, sans nul doute, comment les choses se sont passées. La mère a introduit son index droit dans la gorge de l'enfant, la face dorsale de ce doigt étant tournée vers le front de l'enfant, le pouce fixé au-dessous de la commissure labiale droite et le médius prenant un point d'appui au niveau du larynx.

L'absence d'écume aérée dans les voies respiratoires indique que l'asphyxie a été plutôt occasionnée par l'occlusion que par le sang écoulé des blessures pharyngées. Il n'est pas possible d'admettre que ces lésions aient été faites inconsciemment.

A la suite des conclusions du rapport d'expertise, la mère est entrée dans la voie d'aveux concordant parfaitement avec les explications précédentes.

J. B.

Superarbitrium der k. wissenschaftl. Deputation für das Medicinalwesen über die Todesart des Kindes S. in Z. (Arbitrage du comité supérieur prussien pour les affaires médicales sur la cause de la mort d'un enfant nouveau-né), par SCHRŒDER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, XLVII, p.* 197, *octobre* 1887).

Les premiers experts avaient conclu que l'enfant avait succombé à un pemphigus des nouveau-nés ; le collège médical de la province, appelé à donner son avis en deuxième instance, déclara qu'il ne s'agissait pas d'un pemphigus, mais de brûlures produites par un liquide bouillant, l'eau du bain dans lequel la sage-femme avait plongé l'enfant.

En face de cette divergence des experts, le comité supérieur prussien fut invité à se prononcer.

Un seul point est bien établi; c'est que l'enfant a succombé en présentant de nombreuses phlyctènes. Mais les lésions constatées à l'autopsie ne permettent pas de dire si les soulèvements épidermiques dérivaient de brûlures ou d'une éruption pemphigoïde. En effet dans les deux cas, les altérations

tégumentaires peuvent être les mêmes. L'aspect rouge brun et desséché du chorion, ainsi que sa consistance coriace, ne sont pas des signes caractéristiques des brûlures, car ils ne sont que la conséquence de la dessiccation du derme après la disparition de l'épiderme.

Il ne reste pour décider la question que les informations recueillies sur la maladie de l'enfant. Ces renseignements sont incomplets et même contradictoires; on ne sait pas d'une façon certaine si l'enfant a crié dans le bain. Toutefois il est avéré que, la nuit suivante, il a été agité et que, dès le lendemain matin, la mère a découvert les bulles. Si l'enfant eût été brûlé par le bain, il eût poussé des cris pendant et après, et son état d'agitation n'eût pas permis à sa mère d'attendre jusqu'au lendemain pour le démaillotter et s'apercevoir de l'état de son corps. De plus, certaines parties du corps de l'enfant, sûrement plongées dans le bain, telles que le ventre, ne présentaient pas de phlyctènes, tandis qu'on en a noté sur des régions de la tête qui n'ont pas été immergées. Enfin un nouveau-né n'eût pas survécu 8 jours à des brûlures si étendues.

D'autre part, ni l'évolution de la maladie, ni les résultats de l'autopsie ne sont contraires à l'idée d'un pemphigus. La seule particularité surprenante, c'est que le pemphigus ait apparu immédiatement à la suite du bain. Mais, si l'on se rappelle la délicatesse de la peau chez les nouveau-nés et les observations de Dohrn (*R. S. M.*, XV, 198) sur le pemphigus provoqué par les manipulations un peu brusques d'une sage-femme au moment du bain, on comprendra que, sans avoir brûlé l'enfant, le bain a pu agir comme irritant thermique et amener ainsi l'éruption pemphigoïde. J. B.

Ueber Kopfverletzungen mit Berücksichtigung ihres Zusammenhanges mit consecutiver Lungenentzündung in forensischer Beziehung (Étude médico-légale des blessures de la tête envisagées dans leurs relations avec la pneumonie consécutive), par ROCHS (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLVII, p.* 12, *juillet* 1887).

1° La démonstration d'un rapport causal entre une blessure de tête et une pneumonie franche qui s'y rattache chronologiquement, est impossible à fournir.

2° Les pneumonies hypostatiques, qui compliquent des blessures de tête, supposent une grande prostration du blessé. Cette prostration peut être antérieure à la blessure et tenir à l'âge du blessé, ou au contraire être l'effet de la blessure.

3° Les pneumonies métastatiques, à la suite de blessures de tête, sont toujours la preuve d'une infection de la blessure; elles sont donc directement causées par la lésion de la tête.

4° Les pneumonies par aspiration de salive ou d'aliments, par corps étrangers ou par affection des pneumogastriques, qu'on voit survenir après des blessures de la tête, leur sont rattachées par les liens les plus directs. Elles indiquent des violences relativement graves et doivent être considérées comme les suites d'influences paralysantes et dépressives agissant sur certaines régions du cerveau. J. B.

Pancreasblutung vom gerichtsaerztlichen Standpunkte (Les hémorragies du pancréas au point de vue médico-légal), par REUBOLD (*Leipzig*, 1887).

Après avoir rapporté 3 observations personnelles dans lesquelles la mort n'a pas été la conséquence de l'hémorragie du pancréas constatée à l'autopsie, et avoir rappelé que Friedreich a signalé cette lésion comme une complication fréquente des affections organiques et de la dégénéra-

tion graisseuse du cœur, qui sont la vraie cause de la mort subite, Reubold conclut :

1° Il est douteux que les hémorragies du pancréas soient causes de morts subites.

2° Si, dans un cas de mort subite, on trouve une hémorragie du pancréas on doit la considérer comme symptomatique de troubles circulatoires qui eux sont seuls capables d'avoir amené la mort.

3° Dans toutes les morts subites, il y a lieu de porter spécialement son attention sur l'état du pancréas parce que cet organe peut être le siège d'hémorragies qui sont parfois le seul indice marquant d'une maladie de la circulation. J. B.

Materialien zu gerichtlich-medicinischer Diagnostik (Diagnostic médico-légal des épanchements sanguins et des excoriations ante et post mortem), par W. ANREP et N. OBOLONSKY (*Viertelj. f. gerichtl. Med. u. œff. Sanit., nouv. série. XLVIII*, 85, *janvier* 1888).

Anrep et Obolonsky ont recherché, dans les caractères microscopiques des ecchymoses, des sillons de strangulation et des excoriations, des moyens permettant de les distinguer d'avec les lividités cadavériques, les sillons et les excoriations postérieurs à la mort.

1° *Caractères distinctifs des lividités cadavériques et des ecchymoses.* — Les ecchymoses produites au moment de la mort ou peu de temps après, se caractérisent, si petites qu'elles soient, par l'issue hors des vaisseaux voisins d'une foule de globules rouges qui offrent en outre cet autre trait distinctif de se répandre dans les éléments des tissus environnants suivant toutes les directions. Ces globules sanguins émigrés sont de forme arrondie ou elliptique, tandis que ceux encore enfermés dans les vaisseaux ont pris une configuration anguleuse due aux pressions et frottements réciproques. L'extravasation des globules s'observe en général à la limite du tissu réticulé et du tissu adipeux, ou exclusivement dans ce dernier. Les vaisseaux sont uniformément dilatés et se font remarquer par leur contenu sanguin plus abondant. L'épanchement s'effectue jusqu'à une grande distance du vaisseau. Les globules sanguins qui le constituent sont réunis en amas, ou isolés ; ils paraissent peu altérés.

Les épanchements de sang qu'on rencontre au niveau des lividités cadavériques présentent un aspect bien différent. Les globules restent toujours à proximité du vaisseau ; souvent ils sont placés le long de sa paroi. Généralement, ces globules sont peu nombreux ; de plus, ils sont incolores et granuleux. Les vaisseaux renferment peu de sang, ou bien, grâce à leur inégale dilatation, le sang y est réparti inégalement et les globules y forment des amas. On ne trouve, enfin, aucun globule sanguin dans les éléments des tissus.

En se basant sur ces caractères histologiques, il est permis d'affirmer qu'au sein des lividités cadavériques, on rencontre plus souvent des épanchements datant de la vie que des épanchements postérieurs à la mort.

2° *Sillons de strangulation.* — Il résulte des recherches des auteurs que parfois, mais non fréquemment, on peut observer au niveau des sillons de cadavres pendus, des épanchements sanguins et la réplétion des vaisseaux par des globules rouges, le long des bords du sillon. Mais, en

s'en référant aux caractères énumérés ci-dessus, il sera toujours possible de distinguer les épanchements postérieurs à la mort de ceux qui lui sont antérieurs. Malheureusement, l'absence d'épanchements sanguins au niveau d'un sillon de strangulation n'exclut pas la possibilité que celui-ci ait été fait durant la vie.

3° *Excoriations.* — Le signe le plus important pour distinguer si elles ont été faites pendant la vie a déjà été indiqué par Kapacinsky et par Besjedkin; c'est le gonflement des cellules du réseau de Malpighi. Les recherches d'Anrep et d'Obolonsky confirment la valeur de ce caractère différentiel. J. B.

Zerstrümmerung des Siebbeins (Encéphalite suppurée consécutive au broiement de l'ethmoïde), par SCHMIDT (*Viertelj. f. gerichtl. Med. u. œff. Sanit.*, *nouv. série*, *XLVIII*, 166, *janvier* 1888).

Un marinier occupé dans la rivière, se trouvant en butte à des attaques d'un ouvrier placé sur un pont finit par lui lancer un coup de gaffe. Le blessé pris immédiatement d'épistaxis, succombe 3 jours plus tard.

L'autopsie révèle les lésions suivantes: Encéphalite suppurée du lobe frontal. Broiement complet de l'ethmoïde. Rien à l'extérieur des narines. Mais dans la fosse nasale droite, destruction totale des cornets et infiltration sanguine de la muqueuse. J. B.

De l'hymen biperforé, sa valeur médico-légale, sa persistance pendant la grossesse et l'accouchement, par Emile DEMANGE (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XVII*, 275, *mars* 1887).

Demange rapporte deux exemples d'hymen biperforé. Le premier, à cloison médiane verticale est analogue aux faits de Delens (*R. S. M.*, XI, 221).

Il concerne une femme de 30 ans qui était restée mariée 6 ans, sans enfants et sans avoir jamais pu avoir de rapports conjugaux complets, vu la résistance de la bandelette membraneuse séparatoire des deux orifices. L'ayant examinée, Demange constata en outre l'existence d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale à travers le méat dilaté. La section de la bride antéro-postérieure de l'hymen qui avait 3 millimètres de large fut suivie de grossesse.

Le second cas est dû à Demange père. Il s'agit ici d'un fait plus rare d'hymen bi-perforé avec cloison transversale qui fut cause de dystocie (*R. S. M.*, XXVI, 164). J. B.

De l'occlusion spontanée des paupières après la mort, par VALUDE (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XVII*, 168, *février* 1887).

Valude a examiné à l'Hôtel-Dieu les corps de 100 personnes d'âge et de sexe divers et ayant succombé aux affections les plus variées. Il lui a semblé que, les sujets corpulents, adipeux et morts asphyxiques en état de cyanose avaient une tendance à mourir les yeux clos, tandis que les sujets amaigris, cachectiques, meurent plutôt les yeux ouverts.

Environ 10 0/0 des individus succombent les yeux fermés; 90 0/0 meurent les yeux ouverts, soit grandement, soit moyennement. Parmi ceux qui meurent les yeux ouverts, environ 42 0/0 restent dans le même état et 46 0/0 subissent un mouvement d'occlusion qui s'effectue plus ou moins complètement suivant la situation des paupières au moment de la mort. Le mouvement d'occlusion n'est pas indéfiniment prolongé et s'arrête de

lui-même après quelques jours. Les yeux fermés au moment de la mort ne s'ouvrent pas durant les 2 ou 3 jours suivants.

Il est possible, à la simple inspection, de reconnaître si les paupières ont été closes artificiellement. En effet, les yeux clos spontanément ressemblent à ceux d'un homme qui dort; ceux d'un cadavre qui ont été fermés par la main d'un assistant présentent, à la partie culminante et arrondie de la paupière supérieure, une empreinte blanchâtre, légèrement froissée, qui dénote la pression du doigt. J. B.

Sui segni cadaverici dello avvelenamento per acido ossalico, par A. RUSSO-GILIBERTI (*Palerme*, 1887).

Dans l'empoisonnement aigu par l'acide oxalique, le sang, l'urine et les reins renferment un élément précieux de diagnostic, consistant dans la présence de nombreux cristaux d'oxalate de chaux dans le sang, d'un sédiment abondant d'oxalate dans l'urine, et enfin dans l'obstruction des canalicules urinifères par des cristaux de même nature. Ces altérations du sang, des reins et de l'urine, qu'on peut regarder comme pathognomoniques de l'empoisonnement oxalique, persistent même dans un état de putréfaction avancée et permettent à l'expert de se prononcer affirmativement plusieurs mois après le décès.

L'oxalate de chaux qui peut se trouver dans l'urine dans les conditions normales (qu'il provienne des aliments ou des médicaments) ou morbides (oxalurie) ne peut occasionner une erreur de diagnostic. En effet, en dehors de l'empoisonnement, on n'observe pas d'obstruction des canalicules urinifères; les cristaux contenus dans le sang sont très peu nombreux et l'urine n'offre tout au plus qu'un dépôt cristallin insignifiant en comparaison du précipité qui se rencontre dans l'intoxication. De plus, dans l'empoisonnement, parmi les formes cristallines de l'oxalate, ce sont les groupements en gerbes qui dominent de beaucoup, tandis qu'en toute autre circonstance, c'est l'octaèdre qui est la forme ordinaire.

L'expert ne se laissera pas tromper davantage par la présence de cristaux d'oxalate calcaire provenant soit de la putréfaction de substances organiques soit de la végétation de quelques mucédinées sur des substances animales. Dans tous ces cas, en effet, les cristaux sont constamment octaédriques; de plus ils sont peu nombreux dans la putréfaction, et quelle que soit leur abondance dans la pullulation des moisissures, leur production reste toujours limitée à la portion envahie par les champignons (*R. S. M.*, IX, 546; XV, 486 et XIX, 95 et 497). J. B.

Ein Beitrag zur Frage über den Nachweis des Colchicins in Leichen (Recherche de la colchicine sur le cadavre), par N. OBOLONSKI (*Viertelj. f. gerichtl. Med. u. œff. Sanit.*, *nouv. série*, *XLVIII*, 105, *janvier* 1888).

Conclusions des expériences de l'auteur :

1° La méthode classique d'extraction de la colchicine est excellente, et c'est à tort que Vulpian et Schützenberger ont prétendu que le chloroforme altère la colchicine;

2° On peut retrouver avec certitude des quantités insignifiantes de colchicine (0gr,005 dans 500 grammes);

3° La colchicine compte parmi les alcaloïdes les plus stables qui se

décomposent très difficilement, même lorsque la putréfaction de la substance organique à laquelle ils sont mélangés, a atteint un degré considérable;

4° C'est dans les reins, la vessie et l'urine, que l'expert légiste devra rechercher de préférence la colchicine;

5° Lors même qu'on s'en tiendrait aux réactions purement chimiques, il est très douteux qu'on soit en danger de confondre la colchicine avec des ptomaïnes;

6° Les meilleurs réactifs de la colchicine sont l'acide nitrique ou le mélange d'acide nitrique et d'acide sulfurique, additionnés l'un et l'autre de potasse caustique. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — **Ein Verfahren, beliebig grosse Stücke... (Procédé pour enlever sans hémorragie de volumineuses portions du corps thyroïde), par Eugen HAHN** (*Cong. des chirurg. allem. Cent. f. Chirurg.*, 1887).

II. — **Ueber das Verhalten der nicht exstirpirten Kropftheile (Sort des portions de tumeur laissées dans l'ablation partielle des goitres), par Julius WOLFF** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 267, 11 *avril* 1887).

III. — **Ueber Kropfexstirpationen aus der spitalärtzlichen Praxis (17 thyroïdectomies pour goitres), par HOFSTELTER** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte n°* 2, *p.* 47, 15 *janvier* 1887).

IV. — **Goitre suppuré. Ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droite, par LEJARS et LEROY** (*Société anatomique*, 29 *octobre* 1887).

V. — **Ueber Cachexia strumipriva, par BAUMGAERTNER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 687, 4 *octobre* 1887).

VI. — **Goitre kystique ; maladie de Basedow ; ablation du kyste ; guérison, par DUBRUEIL** (*Gaz. méd. de Paris*, 20 *août* 1887).

I. — On lie les artères thyroïdiennes inférieures et moyennes, puis, après avoir mis la glande à nu, on saisit les artères thyroïdiennes inférieures avec une pince de moyenne force, qui permette de comprimer l'artère sans blesser le nerf récurrent. Dans le cas où on verrait survenir des troubles de la parole, on changerait la prise et on fend la capsule en un seul point, et tout le reste de l'opération doit être intracapsulaire. Pansement avec de la gaze à l'iodoforme ou au bismuth. Les pinces placées sur les artères thyroïdiennes inférieures sont enlevées au bout de 24 heures. Quelques jours après, on fait la suture secondaire. PIERRE DELBET.

II. — Wolff relate 9 thyroïdectomies partielles, dans lesquelles les portions restantes de goitre n'ont donné lieu ni à récidive, ni à des troubles quelconques. Le bord de la portion de glande respectée diffère un peu, selon qu'il s'agit d'un goitre hypertrophique simple, d'un goître

compliqué des syptômes de la maladie de Basedow, ou d'un kyste hémorragique, soit, enfin, d'un goitre gélatineux disposé en noyau.

Chez les 4 malades (âge maximum de 28 ans) opérés d'un goitre hypertrophique simple, depuis un temps variable de 9 mois 1/2 à 3 ans, la portion de glande laissée en place a diminué de volume, au point de n'avoir pas des dimensions supérieures du côté opéré. Cette portion abandonnée avait à l'origine un volume égal à celui d'un œuf d'oie, de poule ou d'un petit poing. Aucun de ces 4 opérés ne présente le moindre trouble dans son état physique ou mental.

Chez les 3 malades opérées (âgées de 30 à 43 ans) pour un goitre hypertrophique compliqué, depuis un temps variable de 3 à 11 mois, la portion de corps thyroïde laissé s'est rapetissée des deux tiers.

Enfin, chez la femme de 33 ans, opérée d'un goitre gélatineux 2 ans après la thyroïdectomie partielle, le volume des noyaux goitreux respectés n'a pas varié. J. B.

III. — Dans l'espace de 21 mois, de 1883 à 1885, Hofstelter a fait 17 ablations du corps thyroïde de goitres, dont le volume variait d'un œuf de poule à une tête d'enfant. Chez les 6 premiers opérés, l'extirpation du corps thyroïde a été totale ; chez tous les autres, l'extirpation n'a été que partielle. Hofstelter applique une suture continue ; comme antiseptique, il s'est servi de sublimé chez 9 de ses malades, d'iodoforme d'oxyde de zinc, etc., chez les autres.

Il n'a perdu que 3 opérés, l'un le 5e jour, le second au bout de 4 semaines, et le troisième au bout de 2 mois ; 2 d'entre eux ont succombé à une affection cancéreuse, l'autre à un ulcère de l'estomac.

La durée moyenne du traitement a été de 24 jours en moyenne dans les extirpations totales et de 27 dans les partielles.

Sept fois Hofstelter a obtenu la réunion par première intention.

Comme complications après l'opération, il a eu 2 hémorragies veineuses, 1 aphonie passagère chez 3 de ses malades, auxquels il avait enlevé la totalité du corps thyroïde ; de la dysphagie habituelle et 2 fois du collapsus. Il n'a observé qu'une fois la cachexie caractéristique de la privation du corps thyroïde.

Steiger a traité 22 goitres par incision. 2 de ses opérés ont succombé, l'un par abcès du médiastin, l'autre par embolie. La durée moyenne du traitement a été de 40 jours. Mais Steiger reconnait que la thyroïdectomie conduit plus rapidement au but. J. B.

IV. — L..., âgé de 64 ans, entre à l'hôpital le 20 septembre, pour une tumeur que l'on diagnostique goitre parenchymateux, localisé au lobe droit du corps thyroïde. Elle a le volume d'une orange. Le 14 septembre, une ponction permet de retirer quelques gouttes d'un liquide séreux ; le 20, fièvre, douleur et rougeur au niveau de la tumeur ; le 24, incision ; il sort 500 grammes d'un liquide sanguinolent. Lavages quotidiens avec la solution phéniqué. Le 18 octobre, le pus a une odeur fétide ; le 21, hémorragie qui traverse le pansement. Le 23, l'hémorragie se reproduit malgré le tamponnement ; on incise le kyste, qui est plein de caillots, et bientôt deux gros vaisseaux donnent un jet de sang ; on fait la ligature de la carotide primitive. Le malade meurt peu après.

A l'autopsie, on trouve que toute la moitié droite du corps thyroïde est transformée en une cavité anfractueuse, tapissée d'une couche fétide ; elle adhère intimement au paquet vasculo-nerveux, la carotide et la jugulaire sont

à nu sur une hauteur de 5 centimètres et baignent dans le contenu sanieux du kyste ; à la moitié inférieure de cette portion dénudée, la carotide est ulcérée ; la veine est détruite au même point, sur une longueur de 1 centimètre.

H. L.

V. — Depuis sa dernière communication (*R. S. M.*, XXV, 728), Baumgärtner a pratiqué 6 ablations totales du corps thyroïde, dont aucune n'a été suivie de la cachexie caractéristique. Cette cachexie tient, d'après lui, à une atrophie du sympathique qui, partant du champ opératoire, s'étend jusqu'aux centres et présente de l'analogie avec l'atrophie des voies sensitives signalée par Krause à la suite des amputations. La conséquence de cette manière de voir, est que le chirurgien qui enlève un corps thyroïde doit restreindre le plus possible son champ opératoire. Il doit se maintenir sur le goitre et renoncer à rechercher et à découvrir le nerf récurrent ; en outre, il doit, suivant en cela les conseils de J. Wolff (*R. S. M.*, XXVI, 707), faire le moins de ligatures possibles.

Dans la discussion, Semon déclare que le myxoedème, si commun parmi les femmes anglaises, la cachexie consécutive à l'ablation de la glande thyroïde et le crétinisme, offrent tant d'analogie qu'on doit regarder ces 3 affections comme les différentes phases d'un seul et même processus morbide. Tous les cas de myxoedème terminés fatalement, révèlent une atrophie complète des corps thyroïdes sans aucune lésion sympathique. Semon s'explique l'immunité des opérés de Baumgärtner par l'existence de glandes thyroïdes accessoires.

Bardeleben ne croit pas que les expérimentations sur les animaux puissent apporter beaucoup de lumière dans la question, car chez les chiens, les chats et les chèvres, le corps thyroïde est trop peu développé pour que sa suppression ait une influence durable sur l'organisme. Un chien, à qui Bardeleben avait extirpé la rate et le corps thyroïde, a survécu en parfaite santé pendant 6 ans et n'a succombé qu'à un calcul de cystine. L'autopsie, qui en a été pratiquée par Bischoff, n'a montré aucune rate, aucun thyroïde accessoires et nulle trace de reproduction des organes extirpés. Les 12 ablations totales du corps thyroïde faites à la Charité de Berlin dans les 5 dernières années, n'ont été suivies d'aucune cachexie, quelques opérés même ont eu une sorte de réveil de l'intelligence. Or, on ne peut admettre pour tous les cas l'existence d'une glande thyroïde supplémentaire, fait extrêmement rare chez l'homme. On ne peut non plus rapporter la cachexie à une blessure du larynx inférieur, car, chez l'un des opérés de Bardeleben, une paralysie temporaire de la motilité, se montrant par de la raucité, a été l'unique effet d'une intoxication de ce nerf par de l'acide phénique à 5 0/0.

Julius Wolff a fait maintenant 6 thyroïdectomies totales sans aucune ligature ; tous ses opérés ont pu être renvoyés dans le cours de la 3e semaine.

Witzel a vu la cachexie préexister à l'opération chez une petite fille. Quant à l'influence délétère de l'acide phénique sur les nerfs du cou mis à nu, il en a vu deux cas : un collapsus et une mort.

Sur 8 extirpations totales du corps thyroïde, Kuester n'a eu qu'un cas de cachexie ; néanmoins, contrairement à Baumgärtner, il pense que l'extirpation totale de la glande doit être réservée pour les tumeurs

malignes (*R. S. M.*, XXII, 679, 680 et 682; XXVI, 704; XXVII, 639 et 717; XXIX, 252). J. B.

VI. — Homme de 22 ans, vigoureusement constitué, atteint de la maladie de Basedow.

Une ponction ayant été pratiquée dans le kyste, donne issue à 200 grammes d'un liquide brunâtre, couleur café, contenant une forte proportion d'albumine, de leucocytes et d'hématies. Le liquide s'étant en partie reproduit en quelques jours, on pratique l'ablation de la tumeur, à la partie inférieure de laquelle on trouve des incrustations calcaires. Suites de l'opération favorables. Guérison lente, mais complète, en 30 jours. Disparition presque complète de l'exophtalmie et des troubles cardiaques. OZENNE.

I. — Œsophagotomy for the removal from the thoracic cavity of a halfpenny (Ablation d'un sou), par Bennett MAY (*Brit. med. journ.*, *p.* 1091, *mai* 1887).

II. — Zur Behandlung der Œsophagustricturen (Traitement des rétrécissements de l'œsophage), par LEYDEN et RENVERS (*Berl. klin. Woch.*, 19 *décembre* 1887).

III. — Ein Fall von Gastrotomie (Gastrotomie pour un couteau de table), par A.-C. BERNAYS (*Idem*, 23 *mai* 1887).

IV. — Drei Fälle von Gastrostomie, par P. NIEHANS (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, *p.* 586, 1887).

V. — Beiträge zur Gastrostomie, par E. SONNENBURG (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 6, 2 *janvier* 1888).

VI. — Ein Fall von Pylorusresektion, par SCHRAMM (*Cent. f. Chir.*, *n°* 12, 1887).

VII. — Ein Fall Resection eines linkseitiger Schnürrlappens der Leber (Ablation d'un lobule mobile du foie), par LANGENBUCH (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 87, 16 *janvier* 1888).

I. — Un enfant de 4 ans avale, au mois de décembre 1881, un sou avec lequel il jouait. Pendant huit jours, toux incessante et dysphagie absolue : les tentatives d'extraction du corps étranger échouent complètement. Après cette période, l'état s'améliore, et l'enfant peut avaler, tout en ayant des régurgitations fréquentes. Depuis lors, dépérissement progressif du malade, qui, n'indiquant pas la cause du mal, est considéré comme un phtisique.

A son entrée à l'hôpital, le 20 mars 1885, il est réduit à l'état de squelette. Il avale lentement et avec précaution, mais, malgré cela, rejette une partie des aliments et des boissons qu'il ingère. Le poumon droit paraît atélectasié, le murmure vésiculaire y est nul, ce qui fait diagnostiquer une obstruction de la bronche droite. La sonde œsophagienne montre la présence d'un rétrécissement derrière la poignée du sternum; on ne sent pas le corps étranger, mais la quantité de liquide qui s'échappe indique une dilatation considérable au-dessus de l'obstacle. Après plusieurs essais, Bennett parvient à passer la sonde dans l'estomac et à nourrir l'enfant; mais, au bout de 15 jours, l'œsophagotomie est décidée.

Incision classique d'un pouce et demi de long à la portion inférieure du cou. Introduisant son doigt dans la plaie, le chirurgien sent un obstacle dirigé obliquement dans le médiastin, au-devant et à droite de l'œsophage. Une incision faite avec précaution sur ce point, permet l'introduction d'une pince et l'ablation de la pièce de monnaie. Au moment où on l'extrait, un gargouillement se fait entendre, indiquant une communication ulcéreuse entre l'œsophage et la bronche : celle-ci était absolument obstruée par la pièce de monnaie, qui la protégeait contre l'introduction des aliments.

Pendant les jours qui suivirent l'opération, l'alimentation fut exclusivement rectale; le 4e jour, un peu de lait put être avalé, mais détermina une quinte de toux formidable. Pendant 15 jours, toutes les boissons ingérées furent restituées presque en totalité. Le 15e jour seulement, on put passer une sonde œsophagienne dans l'estomac et nourrir l'enfant, mais alors se présentèrent d'autres complications tenant à l'atrophie des intestins, qui ne fonctionnant plus depuis 4 ans, s'encombraient rapidement. A la longue, cependant, tous les accidents se calmèrent, et l'enfant guérit complètement.

H. R.

II. — Leyden et Renvers présentent deux malades atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage et qui sont traités par la sonde à demeure.

La femme porte depuis 6 mois, sans aucune gêne, une canule de la grosseur d'une plume d'oie qu'on a introduite au niveau du point rétréci.

Cette canule permet seulement le passage des liquides ; néanmoins la malade a augmenté de 16 livres. L'homme porte la sienne depuis 55 jours et a augmenté de 24 livres.

On emploie deux sortes de canules. Les unes en caoutchouc durci, longues de 2 à 3 centimètres, munies de fils de soie pour pouvoir les retirer, sont introduites dans les rétrécissements qui n'ont pas plus de 3 centimètres de longueur et qui siègent au niveau des tiers inférieur ou moyen de l'œsophage. D'autre part, des canules élastiques servent pour les rétrécissements d'une longueur plus grande et siégeant au niveau du tiers supérieur. Comme le plus souvent le rétrécissement est dû à un cancroïde qui s'ulcère spontanément à la suite du cathétérisme, en même temps qu'il se forme au-dessus des diverticules pleins de matières sanieuses, il est nécessaire de soumettre les malades à un traitement préparatoire qui consiste en une diète buccale durant plusieurs jours et en des lavages antiseptiques du diverticule. Ensuite le rétrécissement est rendu accessible à l'aide de sondages prudents. Cela fait, on pousse la canule dans le rétrécissement au moyen d'un conducteur en baleine portant un cône qui sert d'obturateur à la canule. La tige de baleine présente, à 2 ou 3 centimètres du cône, un second renflement en ivoire un peu plus gros que l'orifice de la canule à laquelle sont fixés 2 fils de soie qui sortent par la bouche.

Quand le rétrécissement est très ulcéré ou qu'il occupe le tiers supérieur de l'œsophage, on se sert d'un mandrin en cuivre pour placer la canule élastique. Chez les personnes d'un certain âge, où le cartilage cricoïde est ossifié et rapproché du rachis, on donne à la canule de caoutchouc durci une forme aplatie d'avant en arrière. Dès que la canule est en place, le malade peut avaler d'assez grandes quantités de liquide. Les canules sont retirées de temps en temps pour s'assurer de leur état de conservation et réassujettir les fils. Les canules en caoutchouc durci peuvent être gardées six mois. C'est la nature maligne ou bénigne du rétrécissement qui décide si le port de la canule doit être définitif ou temporaire.

J. B.

III. — Une particularité de cette gastrostomie, c'est qu'elle a été pratiquée moins d'une heure après l'accident, après la déglutition involontaire d'un couteau de table long de 24 centimètres, le manche en avant. Incision sur la ligne blanche, à mi-distance entre l'appendice xyphoïde et le nombril. La main introduite dans la cavité abdominale sent facilement le manche du

couteau près du pylore et l'extrémité de la lame dans le grand cul-de-sac touchant presque la 9e côte, un peu à gauche de la colonne vertébrale. Pas de perforation. Bernays attire au dehors la portion pylorique et fait au niveau du manche du couteau une ouverture d'un centimètre et demi aux parois de l'estomac. L'instrument en est retiré à frottement dur sans qu'il s'écoule du contenu gastrique. Pas de toilette du péritoine dans lequel il n'est presque point tombé de sang.

Fermeture de la plaie stomacale par 2 rangées de sutures. Des 5 points de la 1re rangée, faits avec du catgut très fin, seul le point médian embrasse la muqueuse; les 4 autres n'intéressent que les deux tuniques extérieures. La seconde rangée se composait de 8 sutures de Lembert avec de la soie. La plaie des parois abdominales fut refermée avec 15 fils de soie. Pansement de gaze sublimée. Guérison sans fièvre ni le moindre vomissement. Réunion par première intention. Lever le 10e jour. J. B.

IV. — Les 3 gastrostomies ont été pratiquées pour des rétrécissements cancéreux de la partie inférieure de l'œsophage ou du cardia.

1er *cas*. Homme de 50 ans. Laparotomie le 25 septembre 1886. L'exploration digitale, après ouverture de la cavité abdominale, montre une infiltration cancéreuse dure du cardia et de la portion attenante des parois stomacales, ainsi que l'existence sur le diaphragme d'un noyau isolé de la grosseur d'une noisette. Une heure après l'opération, injection par la fistule de 200 grammes de liquide alimentaire. Guérison sans la moindre fièvre. Au bout de 5 jours, le malade se lève ; mais le 21 octobre il a une violente hémorragie par la fistule ; le lendemain une diarrhée profuse et le surlendemain une nouvelle hémorragie et il succombe en quelques heures.

A l'autopsie : péritonite due à la perforation de l'ulcération cancéreuse des parois gastriques.

2e *cas*. Homme de 38 ans présentant déjà une pneumonie commençante, comme complication de l'ulcération de la trachée causée par son rétrécissement œsophagien. Gastrostomie le 18 octobre 1886. Injection immédiate de 150 grammes d'aliments fluides. Mais la pneumonie s'étend, l'opéré est pris de délire et succombe 6 heures après l'opération.

3e *cas*. Homme de 49 ans. Gastrostomie le 14 mai 1887 ; la portion inférieure de l'œsophage et toute la région cardiaque de l'estomac sont envahies. Guérison apyrétique. Injection immédiate de 30 grammes de malaga et 2 heures plus tard de 200 grammes de bouillon glacé. Survie jusqu'au 25 juin suivant.

Tandis que le premier opéré a été notablement soulagé, il n'en a pas été de même du 3e chez lequel les douleurs ont persisté violentes et le sentiment si pénible de soif n'a pas tardé à reparaître.

Niehans est partisan de l'opération en une seule séance. J. B.

V. — Sonnenburg relate 5 gastrostomies qu'il a pratiquées pour cancers de l'œsophage dans le cours de l'été dernier. Autant que possible, il pratique cette opération en deux séances espacées de quelques jours ; pour ouvrir l'estomac, préalablement suturé, il se sert du thermo-cautère. Bien qu'un seul de ses opérés ait survécu quelques mois, il n'en estime pas moins que la gastrostomie est à la fois l'opération la plus utile et la moins dangereuse pour les malades atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Chaque fois qu'on a examiné le contenu stomacal des opérés, on n'y a jamais trouvé d'acide chlorhydrique libre. J. B.

VI. — Il s'agissait d'un carcinome du pylore, qui s'étendait plus du côté de l'estomac que du côté du duodénum, et mesurait 8 centimètres de long. Quelques gouttes de pus s'écoulèrent lorsqu'on voulut enlever des ganglions infiltrés, mais le péritoine fut préservé. La suture fut faite sur quatre étages;

suture continue pour la muqueuse, même suture pour la musculeuse, suture de Lembert pour la séreuse, et par-dessus nouvelle suture de Lembert. La malade âgée de 58 ans était en très bonne santé deux mois après l'opération.

PIERRE DELBET.

VII. — Femme de 30 ans éprouvant depuis 8 ans continuellement des douleurs dans le ventre, surtout au lit. Le décubitus ventral est seul tolérable; le décubitus dorsal provoque, outre une exacerbation des douleurs, des violentes palpitations, des bouffées congestives vers la tête et de l'angoisse. A l'examen, Langenbuch découvre au niveau de l'épigastre une tumeur de la grosseur du poing, s'étendant sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde jusqu'à 6 centimètres au-dessus du nombril; elle dépasse la ligne médiane, de chaque côté, d'environ 4 travers de doigt. Cette tumeur parfaitement lisse a un bord inférieur, épais et arrondi; son bord supérieur, bien que fixe, jouit d'une certaine mobilité. La consistance de cette tumeur est uniformément rénitente; elle est mate à la percussion et suit manifestement les mouvements respiratoires. Il ne pouvait s'agir que d'un kyste hydatique ou d'un lobule hépatique étranglé de position insolite. Vu la faible étendue de la matité, Langenbuch renonça à faire une ponction exploratrice et pratiqua immédiatement une incision qui fit reconnaître l'existence d'un lobule hépatique étranglé provenant du lobe gauche. Ce lobule se trouvait suspendu à un mince cordon de tissu conjonctif qui permettait des mouvements antéropostérieurs.

Langenbuch se décida à l'enlever en liant en plusieurs faisceaux son ligament suspenseur. Malgré l'hémostase, le soir même l'opéré présentait tous le symptômes d'une hémorragie interne. Langenbuch rouvrit le ventre de la malade qui venait d'être prise d'une syncope. Toute la cavité abdominale était pleine de sang.

Dès lors, la guérison se fit sans autres incidents que de l'anasarque et de l'ascite (la malade était convalescente d'un érysipèle ambulant grave) qui nécessita deux ponctions. Le tronçon de foie enlevé pesait 370 grammes. J. B.

I. — Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen, par P. SÉBILEAU (*Rev. de Chir., p.* 284, 10 *avril* 1887).

I. — Ueber Mesenterialcysten, par Eugen HAHN (*Berl. klin. Woch., p.* 408, 6 *juin* 1887).

III. — Ein Fall von grossem congenitalen Divertikel der Flexura sigmoïdea, par FUETTERER et MIDDELDORPF (*Arch. f. path. Anat., CVI, Heft* 3, *p.* 555).

IV. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin, laparotomie, par BOUILLY (*Bull. Soc. de Chir., XIII, p.* 475).

V. — Tumeurs de l'ombilic, par F. VILLAR (*Thèse de Paris*, 1886).

VI. — Kyste dermoïde propéritonéal, par E. KUESTER (*Berlin. klin. Woch., p.* 517, 11 *juillet* 1887).

VII. — Chylous ascitis, par MURPHY (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 102, 22 *janvier* 1887).

I. — Sur 28 cas de tumeurs volumineuses de l'abdomen, Sébileau a trouvé 17 fois des troubles cardiaques; à ces 17 observations, il en joint d'autres recueillies par différents auteurs. Après avoir rapporté, avec détail, ces observations, il conclut:

Les grosses tumeurs de l'abdomen déterminent des troubles fonctionnels du cœur; dilatation, hypertrophie. Ces troubles peuvent porter sur le cœur droit ou sur le cœur gauche.

Les ectasies du cœur droit sont probablement rares; elles doivent

souvent faire suite aux ectasies du cœur gauche. Quand elles sont primitives, elles peuvent reconnaître pour origine : une contraction réflexe des artérioles pulmonaires ou bien une gêne de la circulation pulmonaire par compression et refoulement du diaphragme. Quelques-uns des symptômes de ces dilatations du cœur droit sont masqués par la tumeur abdominale.

Les troubles du cœur droit sont assez fréquents; ils peuvent être interprétés :

a) par compression des gros vaisseaux de l'abdomen; *b*) par excès de pression dans la circulation abdominale; *c*) par augmentation du champ de la circulation; *d*) par des lésions rénales; *e*) par des spasmes des capillaires généraux; *f*) par altération du sang.

L'hypertrophie a peu de signes; la dilatation se traduit par les symptômes d'une insuffisance mitrale.

La résistance et la vascularisation semblent être pour les tumeurs de l'abdomen, ainsi que leur dépendance de l'utérus, les meilleurs conditions de production des troubles cardiaques.

Les complications cardiaques paraissent influencer peu l'anesthésie chirurgicale.

Des malades non opérées, les unes deviennent rapidement asystoliques; chez les autres l'anémie et la cachexie masquent les troubles respiratoires.

Des malades opérées, les unes deviennent rapidement asystoliques, surtout si le cœur droit était déjà en cause; les autres guérissent de leur dilatation; chez d'autres, les troubles persistent encore longtemps après l'intervention et ne guérissent probablement pas.

Le diagnostic des complications cardiaques dues aux grosses tumeurs de l'abdomen comporte leur distinction avec les souffles anémiques, les lésions endocardiques ou péricardiques anciennes, les bruits extracardiaques. C. WALTHER.

II. — Hahn divise les kystes mésentériques en sanguins, chyleux, séreux et hydatiques. Tous ont pour caractère commun de ne pas présenter d'épithélium à la face du sac. Augagneur (*R. S.* M., t. XXIX, 258) ne rapporte qu'un exemple de kyste sanguin. En voici un second, observé par Hahn : ·

Fillette de 7 ans et demi, chez laquelle on a découvert accidentellement, il y a 2 ans, à la suite d'un coup reçu sur le ventre, l'existence d'une tumeur abdominale déjà grosse comme un œuf de poule. Mais antérieurement, depuis 6 mois, l'enfant était sujette à des accès de douleurs intenses dans le ventre, débutant par des vomissements, s'accompagnant de constipation et de rétraction de l'abdomen. Pendant ces accès, qui empêchaient tout sommeil, la malade gardait toujours la même attitude accroupie, la tête appuyée sur les genoux.

La tumeur, grosse comme une tête de nouveau-né, s'étend de la symphyse à l'ombilic; elle est sphérique, lisse, élastique, un peu fluctuante, mate à la percussion, facile à isoler de toute part, mobile à la fois sous les téguments et dans la cavité abdominale en tous sens, et indolore à la palpation. Une ponction explorative a donné issue à un liquide séro-sanguinolent. Laparotomie : La tumeur comprise entre les deux feuillets du mésentère adhérait dans une petite étendue à droite au bord mésentérique d'une anse intestinale. Extirpation facile. Guérison sans incident. La tumeur, qui contenait environ 400 grammes de liquide rouge, avait des parois épaisses de 4 millimètres, enveloppées

intérieurement par une membrane séreuse. A la face interne du kyste se trouvaient un caillot plus gros qu'une noix et quelques cordons filamenteux longs d'un centimètre, libres par une de leurs extrémités et que l'examen microscopique montra être des vaisseaux. La masse des parois était formée de tissu conjonctif dans les interstices duquel on voyait par places des amas irréguliers de cellules rondes. Vers l'extérieur, le tissu conjonctif était plus lâche, plus vasculaire et les cellules rondes étaient plus nombreuses. Pas trace d'épithélium ou d'endothélium nulle part, non plus que de tissu ganglionnaire. La persistance de vertiges vasculaires dans la cavité kystique incline Hahn à admettre qu'au début la tumeur était solide; c'était sans doute un lipome dont la fonte a été provoquée, en même temps que l'hémorragie, par le coup reçu sur le ventre.

Ce sont les kystes séreux qui paraissent donner les tumeurs les plus volumineuses et leur extirpation n'est pas sans danger (3 morts sur 5 opérations de ce genre publiées). Les kystes hydatiques exclusivement limités au mésentère sont très rares; on n'en connaît que deux cas, ceux de Carter et de Panas.

Hahn est d'avis qu'à l'avenir il sera le plus souvent possible de diagnostiquer les kystes mésentériqnes. Ils se présentent presque toujours sous la forme d'une tumeur lisse, arrondie, élastique, située dans l'attitude verticale, légèrement à droite de la ligne médiane, entre la symphyse et l'ombilic; cette tumeur est, en général, mobile et son indépendance des organes génitaux féminins facile à constater. On ne pourrait guère le comparer qu'avec les kystes si rares de l'ouraque, qui s'en distinguent d'ailleurs par leur situation et leur mobilité moindre. Quant au diagnostic entre un kyste de l'épiploon et un kyste du mésentère, il ne paraît guère possible. Les symptômes subjectifs des tumeurs mésentériques ont la plus grande ressemblance avec ceux occasionnés par un rein mobile, mais, dans le dernier cas, l'emplacement, la configuration et la mortalité, et la tumeur sont tout autres. Une ponction explorative pourrait seule décider entre un kyste et une tumeur faussement fluctuante, comme un lipome. Cependant, Hahn la déconseille, vu la possibilité de blesser l'intestin qui entoure le plus souvent la tumeur, à la façon d'une fraise. Il est préférable de ne ponctionner la tumeur que lorsqu'on l'a mise à découvert pour l'opérer. Si l'on se trouve en présence d'un kyste séreux ou hydatique, Hahn conseille l'incision suivie de suture du kyste à la plaie abdominale et de drainage; si, au contraire, il s'agit d'un kyste chyleux ou sanguin sans adhérence, Hahn préfère l'extirper.

Gottschalk cite un kyste mésentérique enlevé par Landau qui avait été d'un diagnostic difficile. On avait songé un instant à une grossesse abdominale parce qu'au niveau de la tumeur on percevait nettement des bruits cardiaques au nombre de plus de 100 par minute; mais le pouls de la malade avait la même fréquence, D'autre part, on ne sentait que l'ovaire gauche, qui était volumineux et fixé dans le repli de Douglas. Aussi, Landau crut-il avoir affaire à un kyste pédiculé de l'ovaire droit. L'opération fit voir que cet ovaire se trouvait aussi immobilisé dans le cul-du-sac de Douglas. Quant à la tumeur, elle provenait de la racine du mésentère au voisinage de la tête du pancréas et l'épiploon lui adhérait sur une grande partie de sa surface. Elle avait le volume d'une tête d'homme et un contenu liquide clair et séreux. L'extirpation en fut facile; Landau ne fit pas de drainage et laissa le pédicule dans la cavité abdominale. L'opérée guérit sans fièvre. Ce kyste avait des parois exclusivement conjonctives et sans épithélium.

E. Kuester a opéré un kyste hydatique du mésentère, complètement recou-

vert par des anses intestinales, de sorte qu'il eut de la peine à trouver, dans leurs intervalles, assez de place pour vider le kyste et en fixer les lèvres à la paroi abdominale. L'opérée a guéri avec une fistulette stercorale temporaire, due à la pression du drain.

III. — Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui présentait un kyste énorme dans le flanc gauche. La tumeur était constituée par un diverticule de l'S iliaque dont l'orifice de communication était fermé et qui contenait 14 litres d'un liquide fécaloïde. Opération suivie de mort. P. GALLOIS.

IV. — Femme de 30 ans, ayant éliminé par les bronches un kyste hydatique et portant une tumeur abdominale dont la ponction avait fourni du liquide eau de roche, contenant des crochets. Bouilly constate une tumeur sous-ombilicale médiane composée d'une foule de tumeurs grosses comme des œufs de dinde ou de poule, plus ou moins fixes, s'étendant jusque dans les fosses iliaques et descendant derrière le pubis. Pas d'ascite; pas de frémissement hydatique. Une série de bosselures analogues remplissent le cul-de-sac postérieur du vagin et une partie des culs-de-sac latéraux.

Laparotomie médiane le 5 juillet : les kystes siègent dans le grand épiploon; une série de 8 à 10 sont pédiculisés et sortis du ventre, quelques-uns se rompent dans le péritoine qui est aussitôt lavé à l'eau bouillie. Toute la masse épiploïque pédiculisée et portant des kystes comme de gros fruits dans un filet est réséquée avec des ciseaux. D'autres kystes étaient adhérents au bord concave de l'intestin grêle. Dans une seconde partie de l'opération, les kystes situés dans le petit bassin et derrière l'utérus sont un à un énucléés avec les doigts. Grand lavage à l'eau bouillie. Pansement. Le tout a duré 1 heure 10. Pas de drainage de l'abdomen. Aucun incident. Le 12 juillet ablation des fils. Le ventre est souple et indolent. MAURICE HACHE.

V. — Villar limite son sujet aux néoplasmes qui se développent aux dépens des éléments constituants de la paroi ou de la cicatrice ombilicales. Il les divise en tumeurs bénignes et malignes. Les premières sont les tumeurs vasculaires, les granulomes, les adénomes, les kystes, les fibro-papillomes et les myxomes.

Les tumeurs vasculaires comprennent les angiomes, qui sont rares, et les lymphocèles. Le granulome n'est que le fongus ombilical des nouveau-nés, qu'il importe de distinguer des tumeurs vasculaires.

L'auteur accepte la dénomination d'adénome pour les tumeurs dont la structure est celle d'une paroi d'intestin présentant à la fois des glandes en tubes et des fibres lisses. Il propose de diviser les adénomes de l'ombilic en deux classes suivant leur provenance : 1° les adénomes intestinaux (11 obs.); 2° les adénomes stomacaux, connus seulement par l'observation de Tillmanns. On sait que, dans ces tumeurs, la muqueuse se trouve à la périphérie, et la couche musculaire au centre. L'auteur admet, pour expliquer cette situation de la muqueuse, qu'il se fait une procidence partielle de cette membrane.

Pour ce qui est des kystes, Villar sépare nettement les kystes sébacés ou dermoïdes, dont le nombre est restreint, des concrétions sébacées du fond de la cicatrice ombilicale. Les exemples de fibro-papillome sont rares. Il n'en existe que quatre cas; le myxome de l'ombilic a été observé trois fois par Otto Weber chez des enfants. On n'en connaît pas d'autre cas.

Parmi les tumeurs malignes, l'auteur décrit les sarcomes, les épithéliomes et les carcinomes. Le sarcome est de toutes les tumeurs ombilicales la moins fréquente; il n'en existe qu'un cas histologiquement vérifié. Par contre, les cancers sont relativement fréquents. Villar divise les

cancers de l'ombilic en cancers primitifs et cancers secondaires. Il a réuni treize cas de la première variété, très remarquables par l'absence d'engorgement ganglionnaire et par la tendance de la tumeur à gagner les parties profondes. Les cancers secondaires sont plus fréquents; ils appartiennent presque toujours à la variété carcinomateuse. Souvent consécutifs à des cancers intra-abdominaux, ils débutent toujours par la face péritonéale de l'ombilic et se développent peut-être le long des vaisseaux du ligament suspenseur du foie.

Après avoir étudié en détail le diagnostic des tumeurs ombilicales, l'auteur discute le traitement applicable aux diverses variétés.

PIERRE DELBET.

VI. — Nélaton a seul publié un cas de kyste dermoïde de l'abdomen placé en avant du péritoine. En voici un second exemple :

Fille de 18 ans, foulée aux pieds il y a quelques semaines. Depuis lors, vives douleurs à la partie inférieure du ventre, sur la ligne médiane. Immédiatement au-dessus de la symphise, se trouve une tumeur fluctuante dont il est impossible de fixer les rapports avec la vessie, car le bec de la sonde introduite dans cette dernière semble arriver tantôt en avant tantôt en arrière de la tumeur. Deux ponctions exploratrices ne donnent issue qu'à du sang en très petite quantité. Kuester conclut à un hématome et ouvrit la tumeur. Il s'agissait en réalité d'un kyste dermoïde contenant, dans une double cavité, une touffe de cheveux et 2 os, une côte et un os plat, sans doute du bassin. La vessie était refoulée en bas et à gauche, la tumeur du moins pénétrait entre la vessie et l'utérus, mais elle était située en avant du péritoine.

Kuester avait déchiré le péritoine sur un point ; il ne le sutura pas et remplit la cavité de gaze iodoformée. Guérison. J. B.

VII. — Fille de 19 ans, réglée à 16 ans, se plaint de gonflement du ventre, ayant débuté il y a 3 semaines, après des frissons ; en même temps, douleur vive dans la région inguinale droite, qui dura 1 semaine.

Une incision exploratrice sur la ligne blanche donne issue à un liquide de couleur crème très abondant, contenu dans la cavité abdominale. Pas de tuméfaction glandulaire ni d'autre lésion évidente. L'utérus et ses annexes sont normaux.

Le liquide alcalin, de densité 1,023, contient une proportion de 70 0/0 d'albumine et un grand nombre de globules sanguins blancs et rouges. La graisse n'a pas été recherchée.

Drainage par un tube de verre ; mais l'écoulement n'ayant pas persisté, on l'enlève au 4e jour et on ferme la blessure. MAUBRAC.

I. — Suppurative peritonitis, laparotomy, par Richard BARWELL (*Brit. med. journ.*, *p.* 995, *novembre* 1887).

II. — Tubercular peritonitis... (Laparotomie pour la péritonite tuberculeuse), par Kilner CLARKE (*Ibidem*, *p.* 996, *novembre* 1887).

III. — *Idem*, **par Lawford KNAGGS** (*Ibidem*, *p.* 995, *novembre* 1887).

IV. — *Idem*, **par TRUC** (*Montpellier méd.*, *février* 1887).

V. — Péritonite blennorragique, incision abdominale, par E. CEPPI (*Revue méd. Suisse romande*, *p.* 291, 1887).

VI. — Ueber einen Fall chirurgischer behandelter Perforationsperitonitis, par LUECKE (*Berlin. clin. Woch.*, *p.* 758, 3 *octobre* 1887).

VII. — Laparotomie pour péritonite par perforation, par CZERNY (*Ibidem*, 3 *octobre* 1887).

VIII. — Zur Behandlung der Darmrupturen (Du traitement des ruptures de l'intestin), par F. SPAETH (*Ibidem, p.* 883, 21 *novembre* 1887).

IX. — Traitement radical du cancer du gros intestin par la colotomie et l'entéroraphie après laparotomie, par J.-B. CAMUS (*Thèse de Paris.* 1887).

X. — Ein Beitrage zur Colectomie... (Résection d'une partie du côlon, du cæcum et de l'intestin grêle), par E. HAHN (*Berl. klin. Woch., p.* 446, 20 *juin* 1887).

XI. — Extirpation d'un cancer colloïde du côlon transverse, par E. KUESTER (*Ibidem, p.* 517, 11 *juillet* 1887).

I. — Homme de 42 ans, buveur, fait une chute et se contusionne l'abdomen, Cinq jours après se déclarent des signes de péritonite rapidement envahissants. Barwell pratique une incision sur la ligne blanche : issue de gaz et de liquide; à la partie inférieure de l'abdomen, on voit les anses intestinales agglutinées par du pus. Introduction de trois éponges antiseptiques dans le petit bassin, lavage à l'eau bouillie, suture de l'abdomen sans laisser aucun drain ; l'opération dure en tout une heure. Pendant quelques jours les vomissements persistent, ainsi que le tympanisme et la fièvre; puis les symptômes s'apaisent et le malade guérit. N. R.

II. — Enfant de 11 ans, atteint manifestement de péritonite tuberculeuse avec épanchement, sans lésions pulmonaires appréciables. Laparotomie, le 16 mai. Les intestins et le péritoine sont semés de tubercules miliaires. Lavage à grande eau avec une solution phéniquée à 1 pour 100, et suture abdominale sans drainage ni éponge; suites régulières sans aucun accident; le 15e jour l'enfant commence à se lever; la guérison a persisté.

Discussion intéressante sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les péritonites (Treves, Howard Marsh, etc.). H. R.

III. — Une jeune fille de 16 ans arrive à l'hôpital avec une tumeur abdominale siégeant à gauche et coïncidant avec quatre mois d'aménorrhée. Une ponction au niveau de la tumeur ramène un liquide albumineux légèrement purulent. On diagnostique un kyste ovarique et on l'opère. En ouvrant l'abdomen, on tombe sur une péritonite tuberculeuse miliaire confluente. On vide l'ascite et l'on fait passer dans la cavité abdominale une dizaine de litres d'eau chaude. Amélioration considérable à la suite de l'opération, réapparition des règles : en sept mois la malade a engraissé de 18 livres. Elle se place comme domestique et travaille plusieurs mois, se portant très bien, puis sa santé s'altère et les signes d'une phtisie pulmonaire apparaissent, sans récidive du côté du péritoine. H. R.

IV. — Femme de 40 ans, malade depuis 10 mois, présente douleurs dans l'abdomen, ballonnement, matité et fluctuaction vers les régions inférieures, fièvre, vomissements, diarrhée, pertes blanches et lésions tuberculeuses du poumon.

Laparotomie par Tédenat : le doigt introduit dans la cavité suppurante ramène des produits membraneux; l'utérus, la vessie, les ovaires et une partie de l'intestin en sont tapissés; irrigation sublimée. Mort 12 jours après.

Autopsie : Tubercules dans les poumons. Fausses membranes épaisses appliquées sur la vessie, l'utérus, les ligaments larges, l'intestin, le péritoine pariétal. L'intestin est perméable et présente des tubercules à sa face séreuse.

Cette observation et 12 prises dans la littérature médicale donnent 3 décès et 10 guérisons.

Les formes cliniques : 1o acuité ou chronicité; 2o diffusion ou localisation; 3o nature de l'épanchement doivent guider l'intervention. La lapa-

rotomie ne doit pas être faite dans les formes diffuses, aiguës ou sans épanchement; elle doit succéder à l'action médicale dans les formes localisées, chroniques avec épanchement purulent ou séro-purulent.

Les contre-indications sont : 1° un état général détérioré; 2° des lésions viscérales excessivement graves.

Une ponction exploratrice doit être faite au moment de l'opération à moins que la nature purulente du liquide ne soit évidente. A. DUCAMP.

V. — Femme de 29 ans, ayant eu des pertes blanches pendant quelques mois. Depuis quelque temps, point douloureux dans la moitié droite de l'hypogastre; puis tout à coup, frissons et vomissements bilieux répétés, douleurs violentes dans le ventre, surtout à droite; tuméfaction et sensibilité à la pression de l'abdomen. 6 semaines après le début de ces accidents, entrée à l'hopital; les vomissements continuent, la fièvre est intense, hectique; gonflement de plus en plus net au niveau de l'hypocondre droit avec fluctuation, rougeur de la peau et empâtement dur et profond tout autour : cette tumeur empiète de 2 à 3 travers de doigt sur le rebord costal. Ponction et aspiration qui ramène du pus. Diagnostic de péritonite blennorrhagique. Incision de 7 centimètres de la paroi abdominale au niveau du point culminant de la tumeur. Issue d'une grande quantité de pus horriblement fétide, mêlé de débris noirâtres. Lavage, au chlorure de zinc, de la loge péritonéale et drainage. Depuis l'opération, apyréxie complète, cessation des vomissements au bout d'une quinzaine.

Vaginité; col tumélié rouge avec écoulement muco-purulent, L'examen microscopique du contenu de l'abcès péritonéal montre qu'un certain nombre de globules de pus contiennent à leur intérieur de petits amas de diplocoques constitués par des microcoques ovalaires offrant tous les caractères de gonocoques. Même organisme dans le liquide recueillis sur le col de l'utérus.

Au départ de la malade, il subsistait un peu d'empâtement dans toute la moitié droite de l'abdomen et dans le cul-de-sac vaginal correspondant.

J. B.

VI. — Garçon marchand de vin, âgé de 16 ans, pris brusquement, après avoir bu de la bière fraîche, de violentes douleurs abdominales. Kussmaul ayant diagnostiqué une péritonite par perforation, Luecke pratique, le soir même, la laparotomie; on retire 1/2 litre de pus de la cavité péritonéale et du cul-de-sac de Douglas. N'ayant rien découvert d'anormal, Luecke suture la plaie après avoir nettoyé la cavité abdominale avec du sublimé au 1/5000 et placé un drain dans le cul-de-sac de Douglas. A part quelques troubles de la miction et de la sensibilité temporaire du ventre durant la 3e semaine, la guérison se fit d'abord sans accidents, si bien qu'au bout de 6 semaines le malade se levait. Mais 6 jours plus tard, les douleurs reparurent, l'opéré eut de la fièvre et l'on constata de la matité dans l'hypochondre droit. Une ponction ayant donné issue à du pus, Luecke pratique une incision parallèle au bord costal et résèque la 7e côte pour évacuer le foyer purulent qui fût drainé et guérit dès lors parfaitement.

Luecke pense avoir eut affaire à une ulcération intestinale sans épanchement de matières, qui a donné lieu secondairement à un abcès enkysté lequel s'est rompu à travers le diaphragme, dans la cavité pleurale.

VII. — Jeune fille de 20 ans prise brusquement de douleurs et de météorisme 2 heures après un repas. Czerny ne la vit qu'au bout de 5 jours et constata tous les signes d'une péritonite par perforation. Laparotomie. La cavite péritonéale contenait un exsudat séro-sanguinolent peu abondant, mais une grande quantité de gaz inodores. La portion pylorique de l'estomac était un peu injectée et adhérente au lobe hépatique gauche.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes, mais au bout de 2 jours les symptômes de péritonite reparurent et l'opérée succomba le 4e jour. L'au-

topsie révéla une perforation de la paroi antérieure de l'estomac en arrière du 5e cartilage costal gauche. J. B.

VIII. — 1er cas. Homme de 22 ans ayant fait une chute sur le ventre, d'une hauteur de 4 étages. Pas d'autres accidents immédiats que des douleurs abdominales avec sensibilité exquise, rénitence et matité dans la région iléocœcale et de la rétention d'urine. Vessie de glace sur le ventre et administration quotidienne de 45 gouttes de teinture d'opium et de 2 centigrammes de morphine en injections sous cutanées.

Le lendemain, hoquets, vomissements verdâtres, léger météorisme. La matité iléocœcale s'est étendue et du côté gauche du ventre, au-dessous de l'ombilic, s'est formé un nouveau district de matité extrêmement douloureux à la pression. Fièvre. Le 6e jour augmentation de tous les phénomènes précédents. Le 7e, première miction spontanée. Le 20e jour, on constate de la voussure et de la fluctuation au niveau de la région iléocœcale. Le 25e, laparotomie, incision au côté droit de l'hypogastre, parallèle au ligament de Poupart et à 3 travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro supérieure. Le péritoine ouvert, on tombe dans une cavité, limitée par des fausses membranes entre les anses de l'iléon et le côlon ascendant; dans cette cavité qui contient du pus brun verdâtre fécaloide, s'abouche une anse grêle présentant un orifice gros comme le doigt. L'intestin perforé est suturé à la peau et la cavité purulente est drainée. Après avoir détruit l'éperon de l'anus artificiel au moyen d'une pression continue exercée par un tube en caoutchouc, le 83e jour on tente l'entérorrhaphie qui est très laborieuse vu la friabilité des tissus et qui échoue complètement. Le 105e jour, l'éperon est considérable et les deux bouts de l'intestin adossés comme les deux canons d'un fusil double; application de l'entérotome de Dupuytren et des pinces à verrou de Hegar et de Péan, douze jours plus tard pour compléter la destruction de l'éperon qui est parfaite le 129e jour. On recouvre alors la fistule d'une pelote de Brayer et le malade a une selle spontanée abondante par le rectum. Comme néanmoins la fistule ne présente aucune tendance à s'obstruer, on essaie, mais vainement, le 159e jour, de la fermer par le procédé à lambeau de Dieffenbach et de Velpeau. Enfin au bout de 9 mois révolus, après des cautérisations répétées, la fistule est à peu près oblitérée et la rénitence sous-ombilicale gauche a presque entièrement disparu.

2e cas. Homme de 40 ans ayant reçu une poutre sur le ventre. Dans l'aine gauche se trouve une tumeur à sonorité tympanique, facilement réductible. On diagnostique un sac herniaire préformé rempli par le contenu d'une anse perforée. L'opération montre en effet qu'il ne s'agit pas d'une hernie et que l'iléon est déchiré sur une longueur de 1 centimètre. Il existait déjà une péritonite et dans les manœuvres nécessitées par la recherche de l'intestin blessé s'écoule une grande quantité de matières intestinales dans la cavité abdominale. Suture de l'intestin, toilette du péritoine. Mort 9 jours plus tard par péritonite suppurée. A l'autopsie il est impossible de reconnaître l'anse suturée. La laparotomie avait été pratiquée 24 heures après l'accident. J. B.

IX. — Homme de 42 ans, souffre depuis 7 mois dans le ventre de douleurs qui se sont localisées vers la fosse iliaque gauche en dernier lieu. Au-dessus de l'arcade crurale est une tumeur allongée, dure, mate : on ne sent pas les ganglions iliaques, mais ceux du pli inguinal sont gros et durs. Par le toucher rectal, on ne constate rien d'anormal.

Le 13 décembre 1886, Horteloup, fait à $0^{m}10$ de l'arcade une incision, qui mène sur une tumeur bosselée, sans adhérences, développée aux dépens du gros intestin, la tumeur étant libérée, on place sur le bout supérieur du rectum une pince à mors courbes et longs, recouverts de tubes en caoutchouc, une pince semblable est placée sur le bout du côlon descendant; la tumeur est enlevée, et les extrémités intestinales suturées avec soin. — Mort le 4e jour. *Autopsie.* Pas de péritonite généralisée. Au-devant de l'intestin suturé, sont

des anses soudées entre elles; en un point de la suture est un orifice de 3 millim. faisant communiquer l'intestin avec le péritoine; mais les adhérences qui existent autour ont empêché l'issue des matières dans le péritoine. — Ganglions cancéreux prévertébraux; noyaux cancéreux dans le foie.

A la suite de cette observation inédite, l'auteur rapporte en détail 16 autres observations qui se répartissent ainsi : Pour le côlon ascendant, 5 opérations, 4 morts; pour le côlon descendant, 3 opérations, 2 morts; pour le côlon transverse, 4 opérations, 2 morts; pour l'S iliaque, 5 opérations, 3 morts : soit 17 opérés et 6 guéris.

L'opération est notablement moins grave pour le côlon transverse et l'S iliaque, c'est-à-dire pour les parties les plus mobiles ; sur les côlons ascendant et descendant, sur le cæcum surtout l'opération est plus dangereuse.

Les causes de la mort ont été: La péritonite et la septicémie, accidents infectieux, et la péritonite par épanchement de matières fécales (accidents qu'on parviendra à éviter), et le collapsus, conséquence du mauvais état général antérieur à l'opération.

Les résultats définitifs ont été: récidive au bout d'un mois une fois, au bout de 6 mois dans 3 cas (dont un est mort 1 an après l'opération), au bout de 16 mois chez une malade morte au 22e mois ; un opéré a été perdu de vue au 10e mois, la guérison se maintenait à cette époque.

MAUBRAC.

X. — 1er *cas*. — Homme de 38 ans, ayant dans l'aine droite une hernie, grosse comme une tête d'homme, qui ressort chaque fois qu'on la réduit. Ayant fendu le sac, Hahn trouve qu'il contenait le côlon ascendant, le cæcum et son appendice. Malgré la largeur de l'anneau inguinal, il n'est possible ni de réduire la hernie ni d'attirer l'intestin. Dans les essais de réduction, la séreuse du côlon est déchirée en plusieurs points. Pensant qu'il y a un autre obstacle, Hahn pratique la laparotomie en prolongeant son incision inguinale jusqu'à l'ombilic. Immédiatement au-dessus du cæcum, il découvre une torsion de l'iléon, avec un diverticule qui s'était sans doute opposé aux efforts pour attirer l'intestin. Une anse grêle d'une longueur de 80 centimètres et d'une couleur bleu noirâtre avait immédiatement fait saillie hors de la plaie. Hahn se décide à la réséquer en même temps que 20 centimètres du côlon et du cæcum avec son appendice. Auparavant, il avait étreint le côlon ascendant et l'intestin grêle avec deux tubes de caoutchouc qu'il fixa à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Une grosse sonde fut introduite dans le bout afférent. Le sac herniaire fut suturé dans sa portion supérieure et bourré de gaze iodoformée dans sa partie inférieure. L'opération avait duré une heure et demie. Le lendemain, une odeur gangréneuse oblige à enlever les tubes constricteurs. Il se produit alors une hémorragie artérielle assez considérable qui cesse après une ligature. On ôte également la sonde. Le vingt-unième jour, toute la partie gangrénée était éliminée et les orifices du côlon et de l'intestin grêle étaient distants de 3 centimètres. Le quatre-vingt-dix-septième jour, première application de l'entérotome. Le surlendemain, l'instrument était tombé et le malade rendait pour la première fois des gaz par l'anus. Le cent vingt-unième jour, deuxième application de l'entérotome qui, quatre jours plus tard, avait sectionné les tissus en produisant une fente profonde de 6 centimètres. Ce jour-là, a lieu la première selle anale. L'anus artificiel est fermé par une sorte de pelote en laine de bois. Durant les deux mois suivants, Hahn a recours à plusieurs reprises au fer rouge, mais il n'arrive qu'à rétrécir l'anus artificiel. Il se décide alors à en tenter l'occlusion par anaplastie. Les deux orifices intestinaux sont perméables pour trois doigts ; les parois intestinales ne font pas

saillie au-dessus de la peau qui présente un épaississement éléphantiasique et de nombreuses fissures ; la communication s'opère librement entre les deux bouts d'intestin. Après incision circulaire autour de l'orifice et avivement de la peau, Hahn emprunte un grand lambeau au scrotum et le rabat sur l'orifice en en tournant la face épidermique vers l'intestin ; puis après avoir suturé ce lambeau à la plaie abdominale avivée, il étale encore par-dessus deux lambeaux latéraux. Mais au bout de quelques jours, les lambeaux se gangrènent et les matières fécales recommencent à sortir en partie par l'anus artificiel. Il faut une pelotte pour en rétablir le cours normal. Une nouvelle application de l'entérotome est mal supportée. A la fin du dixième mois, Hahn tente de détacher l'intestin et d'en obtenir l'occlusion par suture après avivement ; mais une partie des sutures coupent les tissus et l'anus artificiel n'est rétréci que de moitié. Le quatorzième mois, dans un lever du malade, il se produit une procidence du côlon et de l'intestin grêle, sur une longueur de 15 centimètres, qui pend comme un boudin au dehors de la plaie. Le dix-neuvième mois, Hahn essaye une troisième opération ; il détache sur tout son pourtour l'intestin dans une étendue de 4 centimètres, l'avive largement et le referme en le suturant. Mais il n'obtient encore qu'un résultat incomplet.

Hahn ne connaît que trois autres opérations où l'on ait réséqué l'intestin sur une longueur d'au moins 1 mètre ; ce sont celles de Koeberlé (*R. S. M.*, XIX, 680), de Baum (*R. S. M.*, XXVI, 261) et de Kocher (*R. S. M.*, XXIX, 256).

2e *cas. — Colo-entérectomie pour sarcome à petites cellules rondes de l'iléon. Incision lombaire de Bryant.* — Homme de 19 ans, ayant à l'épigastre une tumeur mobile de la forme d'un rein, mais beaucoup plus petite. Incision longitudinale au niveau du bord externe du sacro-lombaire droit, étendue de la douzième côte jusqu'à la crête iliaque. Hahn ne tarde pas à s'apercevoir que le rein droit occupe sa place normale et que la tumeur est à un niveau inférieur. Après avoir agrandi la plaie, il parvient à attirer la tumeur et reconnaît que c'est le cæcum qui renferme à son intérieur une masse bosselée, de la grosseur d'un œuf d'oie, qui adhère au niveau de la valvule. Quelques ganglions sont plus ou moins tuméfiés, mais non dégénérés. Après avoir lié et sectionné l'appendice vermiforme, Hahn attire la tumeur avec le côlon et l'iléon, de façon à pouvoir faire passer à travers le mésentère un double drain de caoutchouc. Il étreint alors avec ces tubes le côlon et l'iléon et résèque la portion intermédiaire d'intestin. Puis il suture l'une à l'autre les faces correspondantes de la séreuse, de façon que le côlon soit seulement appliqué contre l'iléon et il introduit une grosse sonde dans le bout afférent. Par quelques points de suture, il fixe les deux bouts d'intestin à la peau. L'opération a duré une heure et demie. Le lendemain, en enlevant les tubes constricteurs, il se fait une hémorragie artérielle venant de l'iléon ; ligature hémostatique. Le quatre-vingt-onzième jour, première selle par le rectum. Le cent quatorzième jour, application de l'entérotome, qui ne parvient pas à obturer entièrement l'anus artificiel. Hahn se voit obligé de renoncer à une nouvelle opération parce qu'en dépit de l'état général satisfaisant, il s'est développé sur l'iléon quelques nodosités suspectes.

Hahn conclut donc que si l'on ne veut pas renoncer à la possibilité d'établir un anus artificiel après les résections intestinales, il faut ne plus faire usage des entérotomes actuels et les remplacer par des instruments capables d'amener l'adhésion des séreuses intestinales sur une plus large surface. A cet effet, il s'est fait construire un entérotome qui produit un orifice grand comme une pièce de 1 franc entre les

deux bouts d'intestin. L'éperon qui reste au niveau de la peau ou même la déborde peut être utilisé pour obturer l'orifice cutané lorsque la communication entre les deux bouts d'intestin s'est effectuée au-dessous des vestiges d'éperon par la large ouverture due à l'entérotome. En outre, il ne faut pas laisser les malades se lever avant de les avoir munis d'une pelote, sinon on s'expose à un prolapsus des bouts intestinaux qui complique extrêmement le traitement de l'anus artificiel.

J. B.

XI. — Fille âgée de 22 ans, ayant au niveau du flanc gauche une tumeur plus grosse que le poing, bosselée, peu mobile, sauf peut-être de haut en bas. Kuester ne put pas reconnaître si cette tumeur était rétro-péritonéale ou intra-péritonéale. Elle ne suivait pas les mouvements respiratoires. A une percussion, même très légère, il existait de la sonorité au niveau de la tumeur. L'insufflation par le rectum exagérait le son tympanique et rendait la tumeur un peu moins distincte. Par la palpation combinée de l'abdomen et dans le rectum, on reconnaissait que la face postérieure de la tumeur présentait également beaucoup de bosselures. L'état général était bon; jamais le malade n'avait eu ni entérorragie, ni diarrhée, ni constipation.

Incision curviligne à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, comme pour lier l'artère iliaque primitive. Décollement du péritoine en arrière jusqu'à ce qu'on se soit assuré du siège intrapéritonéal de la tumeur. Le péritoine incisé, Kuester fut tout étonné de trouver une grosse tumeur du côlon transverse qui avait attiré en bas l'estomac, également dans la fosse iliaque gauche. Après avoir détaché l'estomac, Kuester résèque le gros intestin. Il s'agissait d'un cancer colloïde ayant produit une vaste ulcération du côlon. Guérison. J. B.

I. — **Ueber Albuminurie bei Darmeinklemmung in Brüchen (Albuminurie dans l'étranglement herniaire), par FRANK** (*Berlin. klin. Woch., p.* 707, 19 *septembre* 1887).

II. — **Der Mechanismus der Brucheinklemmung (Mécanisme de l'étranglement herniaire), par C. EMMERT** (*Cent. f. Chir., n°* 21, 1887).

III. — **Zur Lehre von der Brucheinklemmung (De l'étranglement herniaire), par BEELY** (*Ibidem, n°* 14, 1887).

IV. — **Hernia incarcerata... (Hernie étranglée formée par un rein mobile), par DEIPSER** (*Ibidem, n°* 39, 1887).

V. — **Eine merkwürdige Herniotomie (Kélotomie remarquable), par Hans FLATTEN** (*Ibidem, n°* 2, 1887).

VI. — **Deux sacs herniaires avec polypes séreux, par G. d'AJUTOLO** (*Soc. méd. chir. de Bologne*, 11 *février* 1887).

VII. — **Doppelseitige Hernia cruralis ovarialis incarcerata, par R. OTTE** (*Berl. klin. Woch., p.* 435, 1er *juin* 1887).

VIII. — **Enterectomy for strangulated hernia, par CARSON** (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 512, 7 *mai* 1887).

IX. — **Étude sur le cæcum et ses hernies, par TUFFIER** (*Arch. gén. de méd.*, 1887).

X. — Cæcum in einer Scrotalhernie, par M. von ARX (*Corr.-Blatt f. schw., Aerzte, p.* 652, 1er *décembre* 1887).

XI. — Étude sur les hernies du gros intestin considérées spécialement dans les régions inguinale et crurale, par MÉRIGOT DE TREIGNY (*Thèse de Paris*, 1887).

XII. — Ueber perinealhernien, par L. HEBNER (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVI, p.* 48).

XIII. — Die fascia umbilicalis... (Le fascia ombilical et les hernies ombilicales chez les enfants), par H. SACHS (*Arch. f. path. Anat., CVII, Heft* 1, *p.* 160).

XIV. — Ueber die Inversion des offensen Merkel'schen Divertikels (De l'inversion du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic), par A. BARTH (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVI, p.* 193).

XV. — A case of hernia of the umbilical cord, par Ch. CALDWELL (*Americ. journ. of obstet., août* 1886).

XVI. — Zur Lehre von der umbilikalen Magencystenfistel (Kyste ombilical d'origine stomacale), par W. ROSER (*Cent. f. Chir., n°* 14, 1887).

XVII.—Xwerchfellhernia mit Incarceration des Magens... (Hernie diaphragmatique avec étranglement de l'estomac par rotation sur son axe), par KAUFMANN (*Deut. med. Woch., n°* 28, *p.* 616, 1887).

I.—A l'exemple d'Englisch (R. S. M., XXVI, 253), Frank a recherché l'albumine dans l'urine des malades atteints de hernie étranglée; il en a trouvé 24 fois sur 39. En classant ces hernies étranglées suivant l'opération à laquelle elles ont donné lieu, on constate que, parmi les 12 cas réduits par le taxis, 1 seul a offert des urines se troublant par l'ébullition, tandis que parmi les 26 kélotomies, 22 soit 84,6 pour cent ont présenté de l'albuminurie. Enfin le 39e malade avait de la gangrène intestinale avec perforation et issue des matières au dehors sur des téguments gangréneux; ses urines contenaient aussi de l'albuminurie. D'autre part, en classant les herniotomies en deux groupes, suivant que l'état des intestins a permis ou non de suturer la plaie, on trouve dans la 1re catégorie 13 malades dont 9 avaient des urines albumineuses et, dans l'autre catégorie, les 13 autres qui avaient tous de l'albuminurie; d'où la conclusion que la fréquence de l'albuminurie croît avec la gravité de l'étranglement.

En revanche ni l'âge ni le sexe des malades n'ont d'influence sur l'albuminurie.

Dès que l'étranglement est levé par un mécanisme quelconque, immédiatement l'albuminurie diminue de manière à avoir disparu complètement au bout de 3 jours au plus, et cela même dans les cas qui se terminent fatalement, quitte à ce que l'albuminurie reparaisse sous l'influence d'une autre cause.

La proportion d'albunine est d'ailleurs très variable, de même que la nature des éléments figurés contenus dans l'urine. Au microscope, on n'aperçoit souvent que quelques globules blancs; dans les cas plus

intenses, il existe aussi des cylindres généralement grêles et hyalins ou granuleux ainsi que des cellules épithéliales et des globules rouges, mais jamais l'urine n'a le caractère nettement hémorragique.

La durée de l'étranglement, son ancienneté, n'influent ni sur l'apparition ni sur l'intensité de l'albuminurie. En outre l'albuminurie n'est nullement proportionnée à la gravité des lésions intestinales résultant de l'étranglement.

En revanche, jusqu'à ce que l'étranglement soit levé, l'albuminurie va croissant.

Ni le collapsus, ni la péritonite septique ne sont la cause de l'albuminurie.

Il ressort de tout ce qui précède que l'albuminurie n'a d'autre signification que d'indiquer par sa disparition que l'obstacle au cours des matières intestinales est levé, ce qui a son importance quand on voit les phénomènes d'étranglement, constipation, vomissements, etc., persister après la réduction de la hernie. Mais, d'autre part, l'albuminurie est dénuée de toute signification pronostique, puisqu'elle n'indique rien sur l'état des parois intestinales.

Quant à la conduite à tenir en cas de hernie étranglée, on fera bien, en cas d'albuminurie un peu intense, de recourir immédiatement à la kélotomie sans suturer la plaie. J. B.

II. — Reichel a montré, en 1886, que la cause de l'étranglement était la pénétration au travers de l'anneau d'une portion plus considérable du mésentère.

Emmert revendique la priorité : il a décrit ce mécanisme en 1871 dans son traité do chirurgie. En outre, il rappelle les expériences qui ont fait le sujet de la thèse de Gottf. Meyer, et qui démontrent la réalité de ce mécanisme. Toutes les autres théories ont pour base la même erreur : les effets de l'étranglement ont été pris pour sa cause. Les expériences sur les animaux prouvent le rôle capital du mésentère. En engageant une anse intestinale au travers d'un anneau étroit, on peut facilement produire l'étranglement en tirant sur le sommet de l'anse de manière à augmenter sa longueur. Mais si on a détaché le mésentère au ras de l'intestin, on peut dévider tout l'intestin sans déterminer d'étranglement.

Meyer a cherché à déterminer quel était le degré d'étroitesse de l'anneau nécessaire pour amener l'étranglement. Ce degré d'étroitesse varie avec les dimensions de l'intestin, l'épaisseur de ses parois, et la nature de son contenu (gazeux, liquide ou demi-solide). Au reste le degré de striction est très variable, et l'étranglement peut survenir avec une striction relativement faible. Dans ce cas, il se produit, sous l'influence de cette striction, un plissement longitudinal des parois intestinales qui a pour résultat de supprimer plus ou moins complètement la lumière du canal. Mais il n'y a pas là de valvules et à la théorie de Roser on peut objecter : 1° que les plis longitudinaux ne méritent pas le nom de valvules, à moins qu'on ne modifie absolument le sens physiologique du mot; 2° que ces plis sont l'effet non la cause de l'étranglement, c'est-à-dire de la compression; 3° que ces plis sont formés non par la muqueuse seule, mais par toutes les tuniques de l'intestin. Et en effet on peut enlever toute la muqueuse sans que pour cela l'étranglement cesse de se produire.

III. — C'est une modification de la théorie de Reichel que l'auteur présente. D'après ses expériences, les choses se passent comme il suit : au-dessus de l'anneau, l'intestin est uniformément distendu ; au niveau de l'anneau, la tunique externe est fixée et ne peut se déplacer, tandis que la tunique interne, qui glisse, est attirée de telle sorte que des parties de plus en plus éloignées de cette tunique tendent à se rapprocher de l'anneau. Elles s'entourent et se rapprochent si bien que la muqueuse d'un bord arrive au contact de celle du bord opposé, et l'occlusion devient d'autant plus complète que la distension est plus considérable. Toutefois l'occlusion se produit non au niveau de l'anneau, mais à quelques millimètres plus bas. PIERRE DELBET.

IV. — Une femme de 63 ans ressent tout à coup une violente douleur dans l'aine, elle constate en même temps la présence d'une tumeur qu'elle ne peut réduire. Trente-cinq ans avant, la même tumeur s'était présentée ; elle l'avait immédiatement réduite et depuis n'en avait plus souffert. Cette nouvelle hernie est plus grosse qu'un œuf, aplatie et complètement insensible. La malade n'avait ni constipation, ni vomissements. Cinq jours après, on en vient à la kélotomie. La hernie était formée par un rein mobile. La réduction était difficile, et pendant les tentatives, tout à coup la capsule se déchire et le rein s'énuclée. L'auteur ne se résout pas à faire cette néphrectomie facile, il réintègre le rein dans sa capsule et réduit le tout. La plaie n'est pas suturée, mais bourrée d'iodoforme. Douze jours après, la malade était complètement guérie.

V. — Il s'agissait d'une hernie crurale chez une femme de 66 ans. Le sac, divisé en deux compartiments unis par une portion rétrécie, avait la forme d'un sablier. Le compartiment inférieur semblait contenir une anse intimement adhérente au sac, et sans communication avec l'anse étranglée contenue dans la partie supérieure du sac. En réalité, le sac inférieur ne contenait pas d'intestin; il était formé par un kyste. En outre, le sac supérieur formait un petit polype appendu à sa paroi. La malade a rapidement guéri. PIERRE DELBET.

VI. — Dans un sac herniaire ombilical, vide de viscères abdominaux, était un appendice pyriforme, fixé au quart inférieur du collet herniaire, et dont la grosse extrémité était libre dans la cavité du sac. Ce polype, fluctuant, long de 2 centimètres et large de 1 centimètre, contenait un liquide séro-muqueux; la membrane qui le recouvrait dépendait du péritoine pariétal.

A la région inguinale gauche, dans un sac herniaire, vide de viscères, était un appendice séreux long de 4 centimètres, inséré sur le milieu de la paroi interne du collet herniaire, à 1 centimètre de l'orifice interne.

Après avoir discuté la nature et la pathogénie de ces polypes, l'auteur conclut :

Dans les sacs herniaires peuvent exister des appendices en forme de polypes, constitués par une inflexion de la lame séreuse du sac, pleins de liquide séro-muqueux, implantés sur le collet ou au-dessous.

Ces polypes sont très probablement au début des lipomes du péritoine pariétal, flottant dans la cavité abdominale, situés près des anneaux aponévrotiques, et lors de la formation de la hernie transportés au niveau du collet du sac; là ils se transforment en appendices hydropiques, soit par atrophie ou dégénération muqueuse de la graisse, soit par infiltration de sérosité. MAUBRAC.

VII. — Double hernie fémorale des ovaires : opération radicale.

Femme de 66 ans, mère de 7 enfants; depuis une dizaine d'années, elle

avait au niveau de chaque aine une hernie maintenue par un bandage très primitif de construction. Depuis trois jours, violentes douleurs locales et irréductibilité des hernies malgré le taxis. Langue sèche, brunâtre, inappétence absolue, hoquets, légers météorismes, douleurs hypogastriques irradiant dans les aines, où l'on constate, de chaque côté, une tumeur dure, non fluctuante, immobile, grosse à peine comme un œuf de poule, extrêmement sensible au toucher, sans qu'il soit possible de reconnaître si elle siège en dessus ou en dessous de l'arcade fémorale. Fièvre. La dernière selle date de vingt-quatre heures. Diagnostic : Epiplocèle étranglée dans le canal inguinal ou crural.

Herniotomie d'abord à gauche. La mise à découvert du sac permet de reconnaître qu'il s'agit d'une hernie crurale impossible à réduire. Le sac incisé, on trouve que son contenu est solide pour la plus grande partie et formé d'un organe glandulaire rouge brunâtre, dont la surface adhère par places à la paroi interne du sac au moyen de tractus déjà amincis du tissu conjonctif; la hernie contient en outre deux kystes, gros comme des noisettes, distinctes par de la sérosité. A travers l'anneau herniaire très étroit, se prolonge un cordon fibreux, cylindrique, peu vasculaire, ayant 4 centimètres de diamètre, très tendu, qui dans l'intérieur de la cavité abdominale se relie manifestement à l'utérus rétrofléchi et sénile, tandis qu'extérieurement il est fixé à l'organe ovalaire hernié. Otto lie le cordon fibreux avec du catgut et enlève l'organe hernié avec son sac, en drainant l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

L'opération faite à droite révèle un même état de choses, avec la seule différence que l'organe hernié (l'examen microscopique a confirmé qu'il s'agissait des ovaires) n'était pas adhérent au sac. Guérison rapide. J. B.

VIII. — Chez un enfant de 12 ans, atteint de hernie étranglée, l'intestin paraissant trop atteint pour être rentré sans danger dans l'abdomen, on pratiqua la laparotomie, puis la résection de l'anse gangrenée, avec suture des deux bouts. La guérison fut rapide.

L'auteur a recueilli 21 cas de résection de l'intestin pour gangrène publiés depuis la statistique de Reichel (1883), qui donnait 56 cas avec 29 morts. Cette seconde statistique de Carson donne, sur 21 cas, 8 morts, dont 3 par choc et 5 de péritonite septique. Au moment de de l'opération, ils étaient moribonds et moururent, 4 étaient en mauvaise condition, 10 en bonne condition; de ces derniers un seul mourut au 8e jour, de péritonite causée par une suture ulcérée). 6 fois la laparotomie fut pratiquée et entraîna 3 décès; 5 fois la résection fut secondaire, avec 1 décès. MAUBRAC.

IX. — L'étude anatomique des cæcum entreprise par Tuffier lui a fait voir quelques particularités intéressantes et encore peu connues. Elles concernent les ganglions lymphatiques postérieurs de cet organe, au nombre de 3 à 6, toujours bien développés et parfois même hypertrophiés, le revêtement péritonéal, qui, contrairement à l'opinion classique, entoure complètement le cæcum, et surtout les moyens de fixité de cette partie du gros intestin. Ces moyens de fixité sont constitués par un ligament supérieur, qui est un repli du péritoine ; un ligament inférieur, qui n'est, en réalité, que l'insertion du mésentère à la fosse iliaque, et, enfin, par le mésentère de l'intestin grêle, qui vient s'insérer sur le bord droit du cæcum et l'entourer.

Le fait que le cæcum est partout entouré de péritoine a une grande importance. Il doit faire rejeter l'opinion encore classique que la paroi cæcale peut être ouverte par le chirurgien de dehors en dedans, ou par

une ulcération de dedans en dehors, sans que le péritoine soit lésé. Il a une importance considérable pour l'étude des hernies de l'organe. A l'ancienne opinion que la hernie du cæcum est une hernie sans sac, il faut, de toute nécessité, substituer celle-ci : Toute hernie cæcale a un sac.

Les hernies cæcales doivent être divisées en hernies congénitales et hernies acquises. Leur descente ne peut s'effectuer que s'il y a défaut, rupture ou allongement des ligaments.

Les hernies congénitales sont les hernies dues à une malformation fœtale. Dans une de leurs variétés, l'intestin peut subir une aberration de développement. C'est seulement en pareil cas que l'intestin, oubliant pour ainsi dire de se recouvrir de la séreuse, peut se déplacer et donner lieu à une hernie congénitale absolument sans sac.

D'autres hernies congénitales sont dues à ce que l'intestin, tout en étant normalement constitué, a son appareil ligamenteux mal conformé.

Les hernies de l'adulte ne peuvent avoir lieu que par allongement ou désinsertion des ligaments. Elles peuvent être simples ou compliquées. Dans le premier cas, le cæcum s'engage en présentation directe, l'appendice en bas. Dans la second, la hernie cæcale se complique toujours de hernie côlique ou de la présence de l'intestin grêle ; le côlon se dépouillera alors de sa séreuse pour satisfaire à la distention du sac, dès lors incomplet. RICHARDIÈRE.

X. — La monographie de J. Pfister (*Thèse inaugur.*, Zurich 1883) renferme 34 cas de hernies contenant le cæcum : 2 hernies crurales droites ; 28 inguinoscrotales, dont 3 gauches seulement ; 3 ombilicales et 1 périnéale. D'autre part, Lallemand (*Journal de Corvisart*, an IX) et Lebert (*Journal des connais. médico-chirurg.*, 1838) ont rapporté chacun 1 cas de gastrocèle où se trouvait aussi le cæcum ; dans le cas de Lebert, la hernie cæcale était à gauche. Enfin, Vogt (*Münchner aerzt. Intelligenzblatt*, 1884, n° 26) a publié un cas de hernie inguinale gauche contenant l'estomac et le cæcum.

A ces 5 cas de hernie cæcale situés à gauche, von Arx vient en ajouter un 6e trouvé à l'autopsie d'un bûcheron âgé de 82 ans qui avait une cyphose considérable et une double oschéocèle. Ce fait est, avec celui de Lebert, le seul où, malgré la coexistence d'une hernie inguinale droite, le cæcum occupait le sac herniaire gauche. J. B.

XI. — Le gros intestin peut avoir dans ces hernies un sac complet, c'est le cas le plus fréquent, ou un sac incomplet à différents degrés de développement (sac latéral, etc.) ; enfin, très rarement il peut ne pas avoir de revêtement péritonéal. A ces différentes dispositions correspondent l'absence ou l'existence, et l'étendue variable des adhérences naturelles de l'intestin, constituées par le glissement dans le sac de son méso.

Sans être la cause constante de ses hernies, les différentes anomalies du gros intestin, qui paraissent se rattacher à son évolution, doivent jouer un rôle important dans leur production et leur variété.

Le diagnostic de la présence du gros intestin est très difficile ; les modifications de la hernie par les injections rectales sont à peu près le seul signe pathognomonique.

Relativement au traitement, on doit tout faire pour libérer l'intestin et le réduire ; on ne doit l'abandonner dans le sac que quand il est matériellement impossible de faire autrement. MAURICE HACHE.

XII. — Dans ce travail, l'auteur réunit toutes les observations publiées de hernie périnéale, qu'il analyse en y joignant l'historique de cette question et une étude anatomique rapide de la région.

Il conclut de ce travail :

1° La hernie périnéale est d'origine congénitale ;

2° Elle ne peut être la conséquence d'un traumatisme ;

3° Le cul-de-sac péritonéal recto-vésical ou recto-utérin est plus profond chez l'embryon que plus tard. Si cette disposition persiste, il y a tendance à la hernie perinéale ;

4° Sur des embryons de même âge, la profondeur de ce cul-de-sac est variable ;

5° L'engagement des viscères dans ce sac herniaire se fait sur la ligne médiane ; ce n'est qu'en y descendant plus profondément qu'il se dévient à droite ou à gauche ;

6° La hernie périnéale sort surtout par deux interstices musculaires, l'un situé entre le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien, l'autre entre l'ischio-coccygien et le muscle coccygien ;

7° Ces interstices existent souvent chez l'homme ;

8° Toutes ces hernies qui se font à travers le détroit inférieur du bassin ne sont que des variétés d'une même espèce ;

9° Il est impossible de classer les hernies périnéales d'après leurs rapports avec le muscle transverse superficiel ;

10° Les hernies périnéales du chien sont constituées par un renversement sans sac péritonéal du rectum à travers de larges fentes du releveur de l'anus.

11° La même variété de hernie peut se produire chez l'homme sous l'influence de la constipation habituelle. MAURICE HACHE.

XIII. — Le fascia ombilical n'est qu'une partie du fascia transverse qui a pris un développement plus considérable. Cette évolution commence à la naissance et se poursuit jusqu'à la fin de la première année. Il constitue, dans les cas où il est fortement développé, un feuillet fibreux fixé à droite et à gauche par une ligne d'insertion presque verticale à l'aponévrose des muscles droits. Ce serait, par exception seulement que sa limite supérieure formerait un bord manifeste comme l'a décrit Richet, ce serait, au contraire, d'après l'auteur, bien plus fréquemment le bord inférieur concave qui le plus habituellement se soulèverait et laisserait entre lui et la paroi abdominale soit une fente, soit une véritable poche péritonéale. Ce bord descend plus ou moins, il peut recouvrir ou laisser à découvert l'anneau ombilical, et, suivant qu'il protège ou non cet anneau, empêcher ou laisser le passage aux hernies. Dans le premier mois de la vie, les vaisseaux ombilicaux sont encore volumineux et leur tunique adventice en particulier est assez développée pour que l'anneau soit entièrement occupé ; la disposition du fascia à ce moment a donc peu d'importance. Après ce premier mois, l'anneau est plus libre et c'est au fascia ombilical à le protéger. Si le bord inférieur s'arrête au niveau de l'anneau et à plus forte raison s'il s'est arrêté au-dessus, les chances de hernie sont très grandes. Il arrive souvent même que dans ce cas il y a dans l'anneau un petit diverticule péritonéal. Enfin, dans les cas où ce fascia existe à peine, il y a une prédisposition très grave aux hernies. Les hernies ombilicales sont toujours des hernies directes. Le sac est

formé aux dépens du péritoine situé au-dessous de l'anneau ombilical. L'anneau herniaire peut être limité en haut par le bord inférieur du fascia ombilical quand celui-ci arrive précisément au niveau de l'anneau ombilical. P. GALLOIS.

XIV. — L'observation qui sert de base à ce travail est la suivante : Un enfant de 9 jours est apporté à la polyclinique de l'hôpital Augusta, porteur d'une tumeur ombilicale que sa mère a remarquée aussitôt après la chute du cordon. Cette tumeur présente un petit orifice par où sortent des matières fécales ; l'enfant en rend aussi par les voies naturelles. Il est robuste et sans autre vice de conformation.

De l'ombilic sort une tumeur cylindrique d'environ 1 centimètre de long et 1 centimètre et demi de diamètre transversal ; sa surface a l'aspect d'une muqueuse intestinale injectée ; à sa base elle se continue avec tout le pourtour de l'anneau ombilical ; à son extrémité est un orifice d'où sortent quelques débris de matières fécales et par lequel une sonde pénètre facilement de 4 centimètres dans la direction de la cavité abdominale. Barth porte le diagnostic d'inversion, avec prolapsus, d'un diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic.

Le 5e jour la tumeur change d'aspect : à la tumeur précédente un peu élargie, qui représente le pédicule, s'est ajoutée presque tranversalement, en T, un cylindre de 7 centimètres de longueur sur 1 à 1 centimètre et demi de largeur, recouvert aussi de muqueuse intestinale et présentant à chacune de ses extrémités un orifice, par l'un desquels un stylet peut pénétrer dans la cavité abdominale à travers l'ombilic. L'intestin s'était engagé et éversé à travers le diverticule en formant un énorme éperon qui séparait les deux bouts. Barth fait comprendre par un schema très clair les différentes phases de cette éversion.

Tentative de réduction pendant laquelle la paroi du diverticule se déchire, laissant passer des anses d'intestin grêle. Réduction de la hernie et du prolapsus après agrandissement de l'orifice ombilical, entérotomie de Madelung dont l'orifice est fermé par 3 points de catgut, résection du diverticule et suture à la paroi de l'orifice intestinal correspondant à sa base. Vomissements fécaloïdes. L'anus contre nature ne fonctionne que le lendemain. Mort 60 heures après l'opération, de péritonite. L'incision faite pour évacuer le contenu intestinal était cicatrisée et le péritoine parfaitement sain à son niveau. L'anse du prolapsus avait été le point de départ de la péritonite.

Comme traitement chirurgical, Barth pose les indications suivantes, après examen et critique des cas connus : — Dans le cas de simple fistule diverticulaire, avivement et suture ; — dans le cas de prolapsus du diverticule, laparotomie, résection du diverticule et suture de l'intestin ; — Helwig a montré qu'elle était possible à cet âge ; — s'il y a prolapsus de l'intestin, laparotomie, désinvagination, résection et suture, si les forces de l'enfant le permettent. MAURICE HACHE.

XV. — Il s'agissait d'une hernie ombilicale du volume d'une orange ; 10 pouces de circonférence maxima ; diamètre de l'orifice abdominal, 2 pouces ; le sac était transparent et laissait voir très nettement les anses intestinales qu'il contenait. Les vaisseaux ombilicaux occupaient le côté gauche du sac ; la peau de l'abdomen recouvrait la base du sac sur une étendue d'un demi-pouce environ. L'enfant était né de la veille. Convaincu qu'une opération pouvait seule sauver la vie de l'enfant, l'auteur réduit les viscères et pose une ligature sur le sac aussi près que possible de l'abdomen ; puis, ouvrant le péritoine et introduisant un doigt dans l'abdomen pour repousser les intestins et les protéger, il applique une série d'épingles à bec-de-lièvre, et achève l'occlusion du sac à l'aide de deux ligatures. Pansement à l'iodoforme

et gaze phéniquée. Pendant 6 jours, selles normales ; puis, à ce moment, des matières fécales paraissent dans le pansement et il s'établit une fistule qui dure 4 jours et se ferme spontanément. Guérison. H. DE BRINON.

XVI. — Il s'agit d'un cas analogue à celui de Tillmanns. Un enfant présentait, au niveau de l'ombilic, une tumeur liquide qui fut ouverte et cautérisée par un médecin. Lorsque l'enfant fut présenté à Roser, il avait 1 an et demi. On voyait soudre de l'ombilic un liquide acide qui corrodait la peau. L'orifice était rouge, ses bords calleux, la cavité avait un diamètre d'un centimètre. Roser entreprit l'extirpation des parois de la fistule ; il s'arrêta au tissu sous-péritonéal sans être sûr d'avoir tout enlevé. Quelques jours après une légère sécrétion se produisait encore, il fit une cautérisation au chlorure de zinc et l'enfant fut guéri. Dans la paroi, l'examen microscopique, pratiqué par le professeur Marchand, révéla l'existence d'une muqueuse semblable à celle de l'estomac, doublée d'une épaisse couche de fibres lisses.

Comme Tillmanns, Roser admet que le kyste s'est formé aux dépens d'une portion de l'estomac enclavée, et il fait remarquer que lorsque l'estomac est encore vertical, sa portion pylorique est très voisine de l'ombilic. PIERRE DELBET.

XVII. — Un maçon tombe d'un premier étage, son côté gauche porte sur l'angle d'une poutre. Il éprouve à gauche une vive douleur, dyspnée. R. 30, P. 90. On constate la fracture des 5e, 6e et 7e côtes à gauche ; de ce côté, à la région postérieure, on trouve une zone de tympanisme, et au-dessous une matité qui fait diagnostiquer un hémothorax. Abolition des vibrations thoraciques de ce côté.

Le second jour, signes de pneumothorax ; impossibilité d'avaler les liquides. Mort.

Autopsie. — La moitié gauche du diaphragme présente une déchirure transversale, longue de 11 centimètres, dans laquelle disparaît la presque totalité de l'estomac ; la portion pylorique est seule restée dans l'abdomen. La plus grande partie du grand épiploon et un segment de la rate ont pénétré avec l'estomac dans la plèvre gauche. L'estomac a subi une rotation sur son axe longitudinal. Les liquides qu'on verse dans l'œsophage ne peuvent franchir le cardia, qui est resté en place. Rupture du poumon gauche, hémopneumothorax. Refoulement du cœur à droite. Les 7 dernières côtes gauches sont fracturées sans déplacement des fragments, sans déformation thoracique.

L. GAILLIARD.

I. — Hernies adhérentes au sac. Accidents. Thérapeutique, par BOIFFIN (*Thèse de Paris*, n° 174, 1887).

II. — Untersuchungen über den Processus vaginalis Peritonei... (Le conduit vagino-péritonéal et ses rapports avec les hernies inguinales), par Hugo SACHS (*Arch. f. klin. Chir.*, *Band XXXV*, *Heft* 2).

III. — Ueber eine eigenthümliche Bruchform (Sur une forme particulière de hernie), par F. von WALSEM (*Cent. f. Chirurg.*, n° 42, 1887).

IV. — Zur Casuistik der gangränosen Hernien und des Anus prœternaturalis (Hernies avec sphacèle de l'intestin et anus contre nature), par F. HAENEL (*Arch. f. klin. Chirurg.*, *Band XXXVI*, *Heft* 2, *p.* 393).

V. — Ueber extraperitoneale Explorationschnitte in der Linea alba (Exploration extra-péritonéale de l'abdomen par une incision sur la ligne blanche), par A. v. GUBAROFF (*Cent. f. Chirurg.*, n° 47, *p.* 866).

VI. — Zur Frage der operativen Behandlung der inneren Darmeinklemmung

(Traitement opératoire de l'étranglement interne), par H. KUEMMELL (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 45, *p.* 833, 1887).

I. — Boiffin divise les adhérences herniaires en deux grandes classes :

1° Adhérences par inflammation ;

2° Adhérences par glissement.

Dans la première classe, il établit une division fondée sur le degré d'organisation. Il applique le nom de *fausses adhérences* aux adhésions formées par l'exsudat fibrineux, et réserve celui d'*adhérences vraies* aux membranes organisées et résistantes, caractérisées par la présence de vaisseaux à parois propres et la formation des éléments du tissu conjonctif. Le point essentiel pour le chirurgien n'est pas tant le degré de résistance des adhérences que leurs dimensions, que leur longueur surtout. L'intervention, en effet, est plus ou moins difficile, suivant que les adhérences sont longues ou courtes, lâches ou serrées.

Dans la deuxième classe, une division naturelle est indiquée suivant la présence ou, au contraire, l'absence du sac herniaire.

L'étude de la physiologie pathologique des symptômes et du traitement est nettement résumée dans les conclusions suivantes :

1° On attribue encore actuellement les accidents des hernies adhérentes à la péritonite herniaire; c'est une erreur ;

2° Les causes de ces accidents sont multiples; ce sont : l'étranglement vrai par l'anneau ou le collet, et les différentes causes d'occlusion intestinale : corps étrangers obstruant la cavité de l'intestin, compression par brides, constriction par un orifice accidentel siégeant dans l'épiploon adhérent ou dans une néo-membrane, rétrécissement par irritation chronique des parois intestinales ou par rétraction d'adhérences serrées; enfin déformation par coudure brusque constituant une sorte d'éperon, de valvule oblitérant l'intestin ;

3° Les lésions de ces hernies ont pour caractère commun de s'aggraver sans cesse, soit d'une manière brusque, soit d'une façon lente et latente ;

4° On observe dans ces hernies des accidents légers récidivant fréquemment et des accidents graves pouvant se présenter sous deux formes principales : 1° la forme aiguë, dont la nature, les symptômes et la marche rapide sont ceux de l'étranglement; 2° la forme subaiguë ou lente, dont l'aggravation progressive et la longue durée sont celles de l'obstruction intestinale;

5° Les accidents légers, auxquels on n'attache actuellement qu'une importance médiocre, doivent être envisagés sous un autre jour ; ils sont ou les prodromes d'accidents plus sérieux, ou le signe d'une aggravation matérielle des lésions ;

6° Les accidents graves imposent souvent l'intervention ; le chirurgien se trouve alors en présence, non seulement de lésions anciennes, mais des complications nouvelles que produit l'accident lui-même ;

7° Les opérations pratiquées dans ces conditions donnent de très mauvais résultats. Cette gravité dépend de deux facteurs : la durée des accidents et l'ancienneté de la hernie.

Si, d'autre part, on met en présence des résultats avec les succès

obtenus, dans ces derniers temps, par la cure radicale pratiquée en dehors de toute complication, on est conduit :

A traiter par la cure radicale toute hernie irréductible par adhérences dès qu'elle est reconnue.

Si on n'a pas pu instituer ce traitement, à intervenir immédiatement en cas d'accidents. C. WALTHER.

II. — Les recherches de Sachs ont porté sur 305 cadavres d'enfants : 155 garçons et 150 filles. L'orifice du conduit vagino-péritonéal est pourvu d'une sorte de valvule, qui est plus accentuée chez les petites filles à l'orifice du canal de Nuck que chez les garçons. Chez ces derniers, en exerçant une traction sur le côlon ascendant ou sur l'S iliaque, on détermine la formation d'un pli péritonéal qui fait bâiller la valvule située à l'orifice du canal. Le diamètre de l'orifice est, chez les garçons, plus grand à droite qu'à gauche ; chez les filles, il n'y a pas de différence entre les deux côtés. Le conduit vagino-péritonéal complètement ouvert ou incomplètement oblitéré présente diverses variétés de formes qui concordent avec celles que l'on rencontre dans les sacs herniaires. Les rapports du conduit péritonéal avec les éléments du cordon sont extrêmement variables. Ces éléments peuvent être réunis ou dissociés ; ils peuvent occuper l'une ou l'autre des faces du conduit ; ils peuvent être très adhérents ou très lâchement unis à sa paroi externe. L'oblitération du conduit est due à la formation de granulations ; elle commence dans le tiers moyen de la portion funiculaire et s'étend plus rapidement vers le bas que vers le haut. L'oblitération terminée, il ne reste aucune trace du conduit vagino-péritonéal. Cette oblitération se fait en général dans les vingt premiers jours qui suivent la naissance. Lorsqu'elle ne s'est pas faite dans ce laps de temps, elle n'a plus que peu de chance de se produire. Dans le plus grand nombre de cas, le canal de Nuck est déjà oblitéré lors de la naissance. S'il est encore ouvert à la naissance, il a peu de chance de s'obstruer. Le conduit vagino-péritonéal de l'homme et le canal de Nuck restent plus souvent ouverts du côté droit que du côté gauche.

Les hernies inguinales des enfants sont-elles toutes congénitales, c'est-à-dire liées à une persistance partielle ou complète du conduit vagino-péritonéal, ou bien en est-il qui soient véritablement acquises, c'est-à-dire qui aient un sac de nouvelle formation? La fréquence de persistance du conduit permet de supposer que toutes les hernies inguinales des enfants sont congénitales, mais la question ne peut être ainsi définitivement tranchée. Il faudrait un signe qui permît de reconnaître sûrement les hernies congénitales des hernies acquises. Par malheur, il n'existe aucun signe macroscopique qui soit valable pour tous les cas. Le microscope seul pourra permettre de trancher la question. Dans toutes les hernies congénitales, on trouve des fibres-cellules du crémaster interne appliquées contre le sac péritonéal. Encore reste-t-il une possibilité d'erreur, car ces fibres-cellules n'existent pas dans la portion intra-inguinale du conduit vagino-péritonéal. PIERRE DELBET.

III. — En faisant une autopsie, l'auteur trouve à 1 centimètre et demi au-dessus de la valvule iléo-cæcale une sorte de kyste gros comme un petit œuf, et compris entre les deux feuillets du mésentère. La cavité du kyste communiquait directement avec la lumière du canal intestinal, et l'examen

histologique montra que les parois des kystes étaient formées par une muqueuse et une musculeuse légèrement altérées, mais en somme semblables à celles de l'intestin.

Pour expliquer ce kyste, Walsem rejette l'hypothèse d'un diverticule congénital; c'est donc d'un diverticule acquis qu'il s'agit. Toutefois, cette expression est mauvaise; ce n'est pas diverticule qu'il faudrait dire, mais bien hernie. Le sujet était donc porteur d'une *hernie intramésentérique.* PIERRE DELBET.

IV. — Du 1er janvier 1885 au 1er juillet 1886, 16 kélotomies ont été faites à l'hôpital des Diaconesses de Dresde. Dans six cas, l'intestin ne put être réduit, cinq fois parce qu'il était sphacélé, une fois parce qu'il était détaché de son mésentère. Dans ces six cas, on fit un anus contre nature. Pour les cas de ce genre, la résection primitive de l'intestin a donné une mortalité considérable. Sur 16 cas récents réunis par l'auteur, 10 se sont terminés par la mort, et sur les 6 guérisons on compte deux fistules stercorales.

Aux six cas d'anus contre nature, l'auteur en ajoute un septième, pratiqué hors de l'hôpital. Dans deux de ces cas, il fut réséqué une fois 18 centimètres, une autre fois 51 centimètres d'intestin. Trois malades succombèrent avant qu'on ait eu à traiter l'anus artificiel lui-même (collapsus, inanition, péritonite). Dans les quatre autres cas, l'anus contre nature dut être traité, car il ne présentait aucune tendance à la guérison spontanée. Une fois on fit la résection circulaire secondaire et le malade mourut de péritonite. Trois fois on ferma la fistule par une opération pratiquée après avoir sectionné l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren.

Il est incontestable qu'un grand nombre de malades à qui on a fait l'anus artificiel succombent par la suite. Est-ce une raison pour préférer la résection de l'intestin à l'anus contre nature? Les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse trancher définitivement la question.

Chez l'un des malades, qui a succombé, on trouva l'intestin enflammé au voisinage de l'anus. On avait introduit à plusieurs reprises un tube dans cette anse pour éviter l'eczéma déterminé par le contact des matières fécales. L'auteur pense que ce procédé est dangereux; il est préférable de laisser les malades dans un bain permanent.

En fait d'entérotome, l'auteur préfère celui de Dupuytren. Il n'a jamais observé que les branches de l'instrument puissent oblitérer l'anus artificiel et déterminer des symptômes d'étranglement. A quel moment faut-il l'employer? Il faut laisser le temps à la guérison spontanée de se produire si elle doit survenir; mais on n'est guère en droit de l'espérer que dans les cas où il n'y a pas d'éperon. En outre, il faut attendre que les adhérences soient solidement établies. Toutefois, il est inutile d'attendre les trois mois réglementaires. Quatre semaines suffisent. L'auteur ne se prononce pas sur l'étendue d'éperon qu'on peut prendre à la fois dans l'entérotome. Le cours des matières étant rétabli, la fistule peut guérir spontanément; si elle persiste, il faut la fermer par une opération plastique.

La résection secondaire dans le traitement de l'anus contre nature s'est montrée jusqu'à présent très grave; elle a donné une mortalité de 37 0/0. Aussi, tant que la technique de la résection secondaire n'aura

pas subi de nouveaux perfectionnements, la méthode de Dupuytren devra être préférée. Elle est la méthode de choix ; et c'est seulement lorsqu'elle est inapplicable qu'on peut songer à la résection secondaire.

PIERRE DELBET.

V. — On a proposé pour permettre d'explorer l'abdomen sans ouvrir le péritoine plusieurs incisions latérales. Gubaroff recommande d'inciser sur la ligne blanche. Le péritoine peut être décollé de chaque côté sur une étendue de 3 centimètres. Son élasticité en ce point est telle qu'on peut facilement explorer tout l'abdomen, surtout si on joint à l'exploration par cette voie la palpation des parois latérales. On peut ainsi palper la face antérieure du pancréas, le pylore, la duodénum, les deux reins, les uretères, une grande partie de la face inférieure du foie et la vésicule biliaire. Ce procédé est d'autant plus recommandable qu'il permet de compléter immédiatement la laparotomie, s'il y a lieu.

PIERRE DELBET.

VI. — Kümmell a pratiqué sept laparotomies pour obstruction, étranglement ou perforation intestinale. Il en a obtenu jusqu'ici des résultats médiocres. C'est parce qu'on opère trop tard. Il faudrait faire pénétrer la conviction que les affections ressortissent à la chirurgie et perfectionner les moyens de diagnostic. Le point de diagnostic le plus délicat est celui qui consiste à distinguer l'étranglement de la périty phlite. Quant à la péritonite généralisée, elle est le plus souvent la conséquence d'une des formes d'obstruction ou d'étranglement. La péritonite idiopathique est, si elle existe, une telle exception qu'il ne faut pas compter avec elle. On a prétendu que le malade était le plus souvent hors d'état de supporter une opération telle que la laparotomie. Cela cesserait d'être vrai, si on opérait plus tôt. Du reste, la durée et, par suite, la gravité de l'opération peuvent être très diminuées, si on fait d'emblée une large incision qui permette d'explorer facilement l'abdomen. Une seconde objection a été tirée de la difficulté qu'on peut éprouver à rentrer les intestins dans la cavité abdominale. On a proposé, pour faciliter la réduction de la masse intestinale, de ponctionner l'intestin et d'évacuer son contenu. Cette pratique a été surtout défendue par Madelung. L'auteur s'élève violemment contre elle. Elle a pour inconvénient de compliquer l'opération, d'allonger sa durée, d'augmenter le danger d'infecter le péritoine; enfin, elle est inutile. L'auteur est toujours parvenu à réduire les intestins, sans difficulté, en se servant d'une serviette désinfectée, comme on se sert de l'éponge dans l'ovariotomie. En outre, le lavage stomacal peut diminuer la tension des gaz dans l'estomac et faciliter beaucoup la réduction, ainsi que l'a montré Rehn.

PIERRE DELBET.

I. — **Ueber die chirurgische Behandlung schwerer chronischer Unterleibskoliken (Traitement chirurgical des coliques chroniques graves), par CREDÉ** (*XVIe congrès des chir. allemands*).

II. — **Case of intussusception of the upper end (extrémité supérieure) of the rectum, par Arthur BARKER** (*Brit. med. journ., p.* 1041, *mai* 1887.)

III. — **Abdominal exploration for chronic intestinal obstruction..., par Bernard PITTS** (*Ibidem, p.* 936, *avril* 1887).

IV. — **Indication de l'anus contre nature dans l'obstruction intestinale, par VERNEUIL** (*Bull. Soc. de chir., XIII, p.* 294 *et suiv.*).

V. — **Inguinal colotomy, its advantages upon the lumbar operation, par H.-W. ALLINGHAM** (*Brit. med. journ., p.* 874, *octobre* 1887).

VI. — **Beitrag zur operativen Behandlung innerer Darmeinklemmungen (Traitement de l'étranglement interne), par RYDYGIER** (*XVIe congrès des chir. allemands*).

VII. — **Zur Frage des operativen Eingreifers bei inneren Darmeiklemmungen (Traitement de l'étranglement interne), par MADELUNG** (*Ibidem*).

VIII. — **Ueber die operative Behandlung des Darmverschlusses (Intervention dans l'occlusion intestinale), par L. REHN** (*Cent. f. Chir., n°* 30, 1887).

IX. — **Zur operativen Behandlung des Ileus und der Peritonitis, par Karl HIRSCHBERG** (*Berl. klin. Woch., p.* 286, 18 *avril* 1887).

X. — **Unusual form of obstruction of the large intestine, par Lawford KNAGGS** (*Brit. med. journ., p.* 16, 1887).

XI. — **Successful operation in a case of acute intestinal obstruction, par WILLIAMSON** (*Ibidem, p.* 1092, *mai* 1887).

XII. — **Ueber Darmcysten als Ursache eines complexes Darmverschlusses (Kystes intestinaux, cause d'obstruction), par BUCHWALD** (*Deut. med. Woch., p.* 868, *n°* 40, 1887).

XIII. — **Zur Behandlung der acuten inneren Darmverschliessung (Traitement de l'occlusion intestinale aiguë), par LENHARTZ** (*Deut. med. Woch., p.* 907, *n°* 42, 1887).

I. — Opérer à temps, tel est le but vers lequel il faut tendre. Or, dans les sept huitièmes des cas d'iléus, la cause, loin d'être aiguë, existe depuis longtemps à l'état chronique. Les malades, avant d'arriver aux accidents graves, ont eu des attaques légères, c'est alors qu'il aurait fallu les opérer. Dans trois cas, Crédé a procédé ainsi, et avec succès.

Le premier concerne une femme de 35 ans qui, à la suite d'une péritonite, souffrait de crises de violentes coliques ; la laparotomie fut faite et on trouva l'épiploon adhérent à la paroi abdominale et englobant plusieurs anses. Les adhérences furent rompues, et la guérison se maintient depuis un an.

La seconde malade, à la suite de contusions répétées de l'hypochondre droit, ressentait de violentes coliques dans cette région, et souffrait d'une constipation opiniâtre. On trouva le côlon transverse plusieurs fois coudé sur lui-même, fortement fixé au foie par un tissu résistant. L'intestin fut libéré, le tissu hépatique touché au thermocautère. La guérison est complète.

Une autre malade, âgée de 38 ans, souffrait depuis trois ans (époque à laquelle une hernie inguinale s'était réduite spontanément) de coliques accompagnées de périodes de constipation, qui duraient jusqu'à 14 jours. L'épiploon adhérent en plusieurs points formait une série de poches dans lesquelles l'utérus était fixé. En outre il y avait un paquet formé de cinq anses superposées et adhérentes les unes aux autres. Les adhérences furent rompues, mais il fallut entamer la tunique musculaire de l'intestin. Une péritonite localisée détermina la formation de deux fistules. Elles guérirent en deux mois et depuis les coliques n'ont point reparu.

L'auteur ne prétend pas qu'il faille faire la laparotomie dans tous les cas de coliques. Mais lorsque les coliques reviennent régulièrement et sont bien limitées à un point fixe, il faut intervenir car il y a dans ce cas un

obstacle mécanique qui entraînera plus tard un véritable étranglement.

Mikulicz abandonne de plus en plus la laparotomie pour l'entérotomie. Cet auteur a fait des expériences sur la péritonite par perforation. Les chiens succombent d'ordinaire 24 heures après la perforation. La méthode qui lui a donné les meilleurs résultats (5 0/0 de guérisons) consiste à laver le péritoine d'abord avec de l'eau salée, puis avec une solution d'acide salicylique.

Dans trois cas d'occlusion à marche rapide, Schede a fait d'abord l'entérotomie; puis, lorsque les forces des malades furent relevées, il a pratiqué avec succès l'opération radicale. Sur 26 cas d'iléus, il a fait 8 fois la laparotomie d'emblée, et avec succès.

Schoenborn pense qu'il faut en général préférer l'entérotomie à la laparotomie.

Seltzner est au contraire partisan décidé de la laparotomie précoce. Il l'a pratiquée dans 8 cas d'occlusion, et dans 4 cas de péritonite par perforation. Il a guéri un malade de ce dernier groupe.

Trendelenburg cite un cas d'abcès du petit bassin; 20 heures après une ponction, douleurs, fièvre et collapsus; laparotomie; suture de la paroi de l'abcès, drainage, guérison. PIERRE DELBET.

II. — Une femme de 28 ans s'aperçoit depuis 16 mois qu'elle rend du sang dans ses garde-robes, et depuis 8 mois éprouve la sensation d'un corps étranger dans le rectum, en même temps qu'elle constate l'issue d'une partie de l'intestin à chaque défécation. L'examen direct de l'intestin montre une tumeur située au sommet de l'invagination, l'anse invaginée a 6 pouces de longueur. Après avoir attiré au dehors cette anse, Barker introduit le doigt dans la portion invaginée et maintient entre le pouce et l'index les deux cylindres intestinaux. Cela fait, au moyen d'une aiguille et d'un fil de soie phéniquée, il suture à la fois l'anse invaginée et l'anse invaginante, en faisant deux couronnes de sutures parallèles au-dessus de la tumeur: celle-ci est alors réséquée en masse : il s'agissait d'un épithéliome adénoïde. Guérison parfaite.

H. R.

III. — Femme de 37 ans, d'une bonne santé jusqu'en octobre 1885 : constipation graduellement croissante jusqu'en août 1886, époque où elle entre à l'hôpital ; on trouve un abdomen tendu, douloureux, avec les anses du gros intestin manifestement dilatées : bientôt proviennent des vomissements fécaloïdes.

On décide une laparotomie exploratrice qui est exécutée le 24 septembre. On constate la distension excessive du côlon transverse, tandis que le côlon descendant est vide : l'obstacle siège donc au niveau de la courbure angulaire splénique du gros intestin. Une incision est faite à la paroi abdominale au niveau de l'espace semi-lunaire gauche, et le côlon transverse, par son extrémité inférieure, est fixé à cette incision. Plusieurs jours après seulement, l'anus artificiel est établi à ce niveau, quand la plaie a commencé à se cicatriser. L'évacuation de l'intestin amène une détente dans l'état général, bien que les symptômes d'intoxication par les matières fécales soient lents à disparaître. Cette première phase de l'opération conduit la malade jusqu'en novembre. En introduisant le doigt dans l'ouverture du côlon, on sent une tumeur du volume d'une mandarine sous les côtes, évidemment d'origine épithéliale. Le 22 novembre une nouvelle opération est faite. Une incision oblique est conduite au-dessous du bord costal et permet d'amener au jour l'anse intestinale malade, qui est réséquée ainsi que 2 ganglions mésentériques adjacents. Les deux bouts de l'intestin sont soigneusement suturés dans leurs bords postérieurs et latéraux, et la muqueuse réunie à la plaie abdominale,

si bien que la malade possède 2 anus artificiels, le premier ayant une tendance à guérir.

A partir de ce moment, amélioration rapide et accroissement du poids de la malade. Elle quitte l'hôpital le 2 janvier, portant un tube de caoutchouc : 5 mois après elle est en parfaite santé, son premier anus artificiel est guéri, le second fonctionne régulièrement une fois par jour. L'examen de la tumeur montre qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique. H. R.

IV. — Quatre observations personnelles forment la base de la communication de Verneuil.

1° Péritonite pelvienne ancienne. Étranglement aigu. Laparotomie qui ne permet pas de trouver l'obstacle, établissement d'un anus contre nature, mort rapide. 2° Obstruction intestinale par pépins de figues, anus contre nature après une rapide exploration faite inutilement à travers une incision étroite. soulagement immédiat. Débâcle au bout de 36 heures. Guérison. 3° Compression du rectum par un gros fibrome utérin. Anus iliaque. Guérison. 4° Cancer volumineux de l'S iliaque. Anus contre nature immédiatement au-dessus. Soulagement immédiat et durable.

Verneuil en conclut que, quand on peut diagnostiquer avec quelque certitude la cause anatomique de l'étranglement, il faut faire la laparotomie pour rechercher cette cause et la supprimer; mais quand, au contraire, cette cause vous échappe absolument, ce sont les accidents qu'il faut combattre directement par une entérotomie dont le siège dépend des circonstances.

D'une manière générale, quand l'anus artificiel doit être permanent, Verneuil préfère l'anus iliaque gauche, qui ne laisse pas entre lui et l'obstacle rectal un long bout d'intestin où les matières s'accumulent. En outre les matières parvenues à ce niveau ont une certaine consistance et irritent moins la peau.

Le Dentu préconise dans les cas douteux la laparotomie suivie, en cas d'obstacle impossible à trouver ou à lever, de l'établissement d'un anus contre nature dans l'angle inférieur de la plaie abdomaniale. Il cite un cas où il a appliqué cette méthode chez une femme de 42 ans qui se trouva atteinte d'un cancer de l'S iliaque; un point de l'intestin grêle aussi voisin que possible du cæcum fut fixé dans l'incision médiane. Malheureusement la paralysie intestinale persista et la malade succomba.

Si le diagnostic est à peu près impossible, comme cela est fréquent, on se place peut être dans de meilleures conditions en incisant à droite. L'anus cæcal n'est guère plus difficile à établir que l'anus iliaque.

Kirmisson a fait pour étranglement interne 3 laparotomies (les 3 malades, opérés trop tard, ont succombé); deux entérotomies par le procédé de Nélaton (1 malade est mort de péritonite), et deux anus sur le gros intestin, l'un sur l'S iliaque et l'autre sur le cæcum, qui ont réussi tous deux.

Le Fort, qui a fait, en 1869, l'un des premiers en France, la laparotomie pour étranglement interne, reste encore, pour les cas à diagnostic douteux, partisan de la laparotomie exploratrice.

Bouilly a fait avec quelque difficulté un anus cæcal pour une obstruction probablement due à un cancer de l'S iliaque. Le malade fut soulagé, mais cet anus fonctionne mal et le bout inférieur tend à s'engorger.

Terrier se prononce très nettement en faveur de la laparotomie.

Il rapporte une observation dans laquelle, après la laparotomie, il posa

le diagnostic de cancer de l'angle splénique du côlon et fit un anus cæcal. Mort de péritonite. L'autopsie montre un cancer de l'estomac ayant envahi et perforé le côlon. Dans ce cas, pour faciliter la rentrée de l'intestin distendu, Terrier fit évacuer le contenu de l'intestin grêle par une incision transversale de 1,5 centimètre qui fut réunie par 4 points de catgut, et ne paraît avoir joué aucun rôle dans l'éclosion de la péritonite.

MAURICE HACHE.

V. — Mémoire basé sur 6 observations cliniques. Voici les raisons qui font préférer la colotomie inguinale, à la colotomie lombaire, d'après Allingham :

L'opération est plus facile, le malade étant couché sur le dos, l'S iliaque et le côlon ne fuient pas comme dans la position de la colotomie lombaire. L'incision doit être faite à un pouce en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, à l'union de l'S iliaque et du côlon : ce point de repère est très constant, et l'exploration de l'S iliaque, après l'ouverture du ventre, est facile. L'ouverture du péritoine ne présente aucun inconvénient et le passage des matières n'est pas plus fréquent au-dessous de l'anus artificiel, quand la suture est bien faite. Enfin les troubles généraux de la santé sont moins graves après cette opération. H. R.

VI. — Rydygier rapporte sept observations :

1° Femme de 43 ans, enceinte de 6 mois et ayant une tumeur du rein droit. Symptômes d'étranglement après quelques manifestations péritonitiques. Laparotomie. Résection d'une bride. Guérison en 14 jours. Accouchement normal.

2° Invagination iléo-cæcale. Opération le 4e jour en pleine péritonite. Mort au bout de quelques heures.

3° Volvulus de l'S iliaque. Laparotomie. Mort 5 jours après l'opération par méningite probablement tuberculeuse.

4° Coudure d'une anse d'intestin grêle fixée dans le petit bassin. Laparotomie. Mort au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouve le petit bassin plein de pus, et le rectum presque complètement perforé par des ulcérations.

5° Coudure de l'extrémité inférieure de l'iléus adhérent à un abcès péricæcal. Laparotomie. Guérison.

6° Sur un enfant de quelques jours, on trouve une portion de l'intestin grêle pelotonnée sur elle-même. Sur une longueur de 4 centimètres, la lumière du canal est complètement supprimée. — Résection de 25 centimètres d'intestin grêle ; mort au bout de quelques heures.

7° Obstruction déterminée par un carcinome de l'S iliaque. Laparotomie. Anus contre nature, mort au bout de quelques jours.

Le lavage de l'estomac a le très grave inconvénient de tromper si bien en améliorant l'état du malade qu'on laisse passer le moment favorable pour l'opération. Quand le météorisme s'oppose à la réduction de la masse intestinale, il faut faire à l'intestin une ou plusieurs petites incisions. La ponction avec une aiguille fine est inutile et dangereuse.

Rydygier pense que les indications sont plus nombreuses que Czerny ne l'a dit ; et cela surtout parce que l'entérotomie ne donne que des résultats déplorables. Cette dernière opération n'est justifiée que dans ces cas, où l'obstruction est due à une tumeur qu'on ne peut enlever. En dehors de ces cas, il ne faut faire l'entérotomie que quand le malade, amené trop tard, est déjà dans le collapsus. PIERRE DELBET.

VII. — La question de principes ne doit plus être discutée. On ne

doit plus s'occuper que de la technique de l'opération et des moyens de triompher de ses difficultés. Pour éviter les vomissements et la pénétration des matières fécales dans le larynx, il faut pratiquer le lavage de l'estomac. Pour obvier aux difficultés causées par le météorisme, Madelung conseille d'inciser l'intestin et de laisser échapper par l'orifice ainsi créé les gaz et les matières fécales. Puis on fait la suture de cet orifice ; et si plus tard les circonstances l'exigent, on s'en sert pour faire l'anus contre nature. La péritonite, dans les cas d'étranglement interne, n'est pas une contre-indication à la laparotomie. Madelung a traité avec succès un abcès péritonitique ouvert dans la grande cavité séreuse par le drainage à travers le vagin, après la laparotomie. PIERRE DELBET.

VIII.—Le plus souvent ce qui empêche la laparotomie et ce qui compromet ses résultats, c'est l'état général des malades ; aussi, au lieu de perdre un temps précieux à affiner le diagnostic, il faudrait, dès qu'on a constaté l'occlusion, transporter le malade dans un service de chirurgie.

Le lavage de l'estomac dans les cas d'occlusion a de grands avantages ; mais, comme l'opium, il a l'inconvénient de tromper et le médecin et le malade sur les dangers du mal. Aussi faut-il poser comme règle la nécessité d'opérer dans tous les étranglements internes à forme aigüe s'il n'y a pas de selle dans les 12 heures.

Dans ce cas, la difficulté de contenir ou de réduire la masse intestinale constitue une grande difficulté opératoire. Le lavage de l'estomac supprimerait cette difficulté d'après l'auteur. Lorsqu'on pratique le lavage après avoir largement ouvert le péritoine, on voit l'intestin se vider, et la réduction se faire spontanément. L'auteur a vu les choses se passer ainsi dans deux cas, particulièrement mauvais, qui se sont terminés par la mort. Il se croit autorisé à dire que nous avons dans le lavage de l'estomac un moyen de supprimer l'une des plus terribles difficultés du traitement opératoire de l'occlusion intestinale. PIERRE DELBET.

IX. — Relation de 14 opérations pratiquées soit par occlusion intestinale, soit pour péritonite. 4 fois sur 7 la cause de l'étranglement interne avait été reconnue avant l'intervention chirurgicale, qui réussit 2 fois à le faire cesser, tandis que dans les 2 autres cas il s'agissait de tumeurs impossibles à enlever (cancers du rectum). 2 fois le diagnostic de l'obstacle ne fut fait que par l'opération, et dans le dernier cas il reste douteux même après l'autopsie. De ces 7 laparotomies 3 ont succombé. L'année précédente on avait opéré 6 iléus avec 4 succès ; soit en tout 5 morts sur 13.

Des 7 péritonites opérées, 5 étaient purulentes et 4 partielles. La laparotomie a été suivie de mort. J. B.

X. — Knaggs rapporte l'histoire d'un homme de 63 ans, chez lequel les accidents commencèrent d'une façon insidieuse. Du 30 novembre au 20 décembre, il souffre après ses repas et se sent ballonné, puis surviennent des crises de diarrhée fort douloureuses à partir du 20 décembre, la constipation s'établit : le côté droit du ventre est distendu, dans la région du cœur et du côlon ascendant ; la douleur a son maximum à l'épigastre.

Insuccès absolu du traitement médical ; le 3 janvier, on pratique un anus artificiel au niveau du côlon droit ; il s'échappe peu de gaz, mais à partir de ce moment un suintement ichoreux sanguinolent très fétide se fait par l'anus, mélangé à des matières fécales liquides. Le 6 janvier, cet écoulement sanglant cesse et les matières s'écoulent librement par l'ouverture abdominale ;

l'état général s'améliore. Mais des escarres ne tardent pas à se faire au sacrum, le malade s'affaiblit et meurt dans le collapsus.

L'autopsie révèle des adhérences multiples du côlon au foie ; une de ces adhérences formait une bride résistante qui réunissait le côlon transverse au côlon ascendant, et déterminait une stricture à l'origine du côlon transverse ; en amont, tout le gros intestin était distendu et enflammé ; il n'y avait du reste pas de péritonite. Ici, les symptômes d'autrefois étaient survenus sans oblitération du calibre de l'intestin, probablement par le fait d'une production rapide de gaz et d'un changement d'inflexion de l'angle du côlon. H. R.

XI. — Un garçon de 22 ans, après un dîner copieux, est pris de douleurs abdominales violentes, le 13 août 1886, avec vomissements. On le purge le lendemain sans succès, mais les vomissements cessent. Le 19 août, ils reparaissent et prennent une apparence fécaloïde. Le 21, le malade est abattu, le pouls petit, la langue sèche, le ventre tendu et douloureux ; les vomissements fécaloïdes persistent. On temporise encore plusieurs jours, et le 27 seulement, 15 jours après les premiers accidents, on se décide à intervenir chirurgicalement.

Une incision est pratiquée totalement le long du bord externe du muscle droit du côté droit, dans la région cæcale. La main, introduite dans la plaie, explore le cæcum sans trouver d'obstacle. Au niveau de la région ombilicale, un cordon de la grosseur d'une plume à écrire est senti et amené à la plaie, où il est reconnu comme étant une anse intestinale affaissée et vide. Sur cette anse comme conducteur, le chirurgien remonte l'intestin jusqu'à ce qu'il rencontre des anses normalement distendues. Il arrive ainsi, non sans une grande difficulté pour maintenir les intestins, à un point où il sent une bride qu'il sectionne. Un autre bride, située un peu au-dessus de la précédente, est également sectionnée entre deux ligatures. Cela fait, il suture l'intestin et panse antiseptiquement. Malgré la persistance des vomissements fécaloïdes après l'opération, les résultats sont bons ; quelques heures après, le malade rend une garde-robe, puis une seconde copieuse. Il ne se produit point de péritonite et le malade sort guéri au bout de 3 semaines.

L'auteur pense que la cause de l'obstruction avait été une adhérence ancienne de l'intestin grêle à l'ombilic, due à une péritonite partielle de vieille date qui avait donné naissance à une bride cicatricielle. Il n'explique pas comment les accidents avaient pu durer 15 jours sans amener de gangrène intestinale, fait véritablement surprenant. H. R.

XII. — Buchwald a pratiqué la laparotomie chez un garçon de 6 ans, offrant les signes de l'occlusion, et extirpé un kyste bilobé en réséquant un segment intestinal de 9 centimètres. Mort de l'opéré au bout de 24 heures.

Les poches kystiques sont de volume inégal ; la plus grande a la forme du rein et son plus grand diamètre mesure 17 centimètres. Elles sont adhérentes à l'intestin grêle et paraissent développées aux dépens de ses parois. La lumière de l'intestin n'est pas rétrécie à leur niveau. Elles contiennent un liquide jaune ayant une forte odeur d'acétone.

Elles ne communiquent avec l'intestin que par une fente, fermée par une sorte de valvule, de sorte que pendant la vie les cavités kystiques ne pouvaient verser leur contenu dans l'intestin.

Le liquide, riche en albumine, contient des cellules épithéliales dégénérées, des gouttes de graisse, de la leucine et de la cholestérine.

La paroi du kyste offre une partie des éléments de la paroi de l'intestin : péritonite, fibres musculaires, tissu conjonctif, mais les glandes font défaut, la muqueuse est atrophiée. Les glandes n'existent qu'au point de transition entre le kyste et l'intestin. L. GALLIARD.

XIII. — Lenhartz a guéri deux sujets atteints d'occlusion intestinale en injectant dans l'intestin 2 litres de liquide. Il admet que le liquide a

dépassé la valvule de Bauhin et a pénétré dans l'iléon, où siégeait l'obstacle.

Le premier malade est un homme de 53 ans, ayant, le 13 juillet, une évacuation peu abondante, puis des coliques intenses et des vomissements. Jusqu'au 16, pas de selles. Ce jour-là, tympanisme, vomissements fécaloïdes. Lavement de 3 litres, sans résultat. L'huile de ricin est vomie.

Nouveaux lavements les jours suivants, même insuccès.

Le 20, lavement de 4 litres, ramenant quelques matières. Le 21, évacuation abondante. Guérison.

Le second sujet est une femme de 61 ans. Occlusion, vomissements fécaloïdes pendant 10 jours; on administra plusieurs lavements de 1, 2 et 3 litres, et un de 4 litres. Le 10e jour, évacuation. Guérison. L. GALLIARD.

I. — Fistule ombilicale et cancer de l'estomac, par FEULARD (*Arch. gén. de méd.*, 1887).

II. — Essai sur la pathogénie des malformations de l'anus et du rectum, par JEANNEL (*Rev. de Chir.*, *n°* 3, *p.* 190, 1887).

III. — Du sarcome mélanique du rectum, par TUFFIER (*Arch. de méd.*, *janvier* 1888).

IV. — De la sarcomatose rectale, par G. GRENET (*Thèse de Paris*, 1887).

V. — Die Resektion des Mastdarmes (La résection du rectum), par B. BARDENHEUER (*Samml. klin. Vorträge*, *n°* 298).

VI. — Die sacrale Methode... (De l'ablation des cancers rectaux avec extirpation du sacrum), par P. KRASKE (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 899, 28 *novembre* 1887).

VII. — Zur Exstirpation hochsitzender Mastdarmcarcinomen (Extirpation des cancers du rectum), par Ernst KIRCHHOFF (*Cent. f. Chir.*, *n°* 52, 1886).

VIII. — Traitement chirurgical des hémorroïdes et des fistules anales, par LANGE (*N. York surg. Soc.*, 12 *janvier* 1887).

IX. — De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus, par QUÉNU (*Bull. Soc. de Chir.*, *p.* 533).

X. — Casuistiche Beiträge... (Contribution clinique à l'opération de la fistule à l'anus), par GREFFRATH (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXVI*, *p.* 18).

I. — Feulard a observé un fait fort intéressant de cancer de la région pylorique ayant amené la production de végétations cancéreuses au-devant de l'estomac. Ces végétations, adhérentes à la paroi abdominale, se ramollirent, déterminèrent de la suppuration et finalement créèrent une fistule ombilicale. Le processus s'accomplit sans qu'il y eût perforation de la paroi de l'estomac.

Les fistules ombilicales consécutives au cancer de l'estomac sont très rares. Elles ont été signalées par quelques auteurs (Murchison, Brenton, Feréol, etc.). Elles se voient surtout dans le cancer du pylore. Il se forme, en pareil cas, un abcès qui se développe de préférence au-devant de la paroi inférieure de l'estomac, dans la région épigastrique, un peu au-dessus de l'ombilic. La suppuration tend à se faire à l'extérieur et s'ouvre spontanément si on n'intervient pas. Cette ouverture spontanée peut se faire à l'orifice ombilical, point de faible résistance; cela précède

fort peu le moment de la mort du malade. Elle laisse une variété de fistule ombilicale suppurante encore peu connue. RICHARDIÈRE.

II. — Jeannel rapporte d'abord une observation personnelle dans laquelle la recherche du rectum, longue et infructueuse, dut être abandonnée ; la colotomie iliaque présenta des difficultés ; l'uretère distendu et semblable à l'intestin fut ouvert, et enfin l'anus pratiqué sur une anse intestinale qui n'avait pas les caractères nets propres au gros intestin. Les deux points principaux de cette observation sont : 1° la communication constatée avant l'opération de l'intestin et de la vessie ; 2° la dilatation de l'uretère; anomalies qui correspondent à un arrêt de développement très précoce et entraînent forcément une hauteur considérable du cul-de-sac de l'intestin dont l'ouverture par le périnée devient impossible.

Après avoir exposé complètement l'histoire du développement de l'anus et du rectum, d'après les recherches embryogéniques récentes, Jeannel étudie les différentes malformations et propose la division suivante en trois classes :

1re *classe.* — Malformations remontant à l'époque de la formation de l'allantoïde, du cul-de-sac terminal de l'intestin et du repli caudal, et de l'atrophie de l'intestin caudal (malformations antérieures au dix-huitième jour). Ce sont :

a) Les absences du rectum, qui se compliquent toujours, chez le mâle, de fistule intestino-vésicale et souvent de malformation des canaux de Wolff et des uretères, si l'absence du rectum est totale; de fistules recto-urétrales, si l'absence du rectum n'est pas totale.

b) Certains rétrécissements ou atrophies du rectum, causés par l'exagération de l'atrophie de l'intestin post-anal.

c) La persistance de l'intestin post-anal.

2e *classe.* — Malformations remontant à l'époque du bourgeonnement de l'anus primitif, soit malformations postérieures au dix-huitième jour, mais antérieures au vingt-huitième jour; ce sont les absences de l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus et de l'urètre profond, ou, pour mieux dire, la persistance du cloaque intestinal avec absence du cloaque interne.

3e *classe.* — Malformations remontant à l'époque du cloisonnement du cloaque interne et du cloaque externe, soit malformations postérieures au vingt-huitième jour. Ce sont :

a) Les arrêts de développement du cloisonnement, à savoir : 1° persistance totale du cloaque interne et du cloaque externe; 2° persistance partielle du cloaque interne, totale du cloaque externe (anus vulvaire, anus scrotal avec défaut de soudure du raphé scrotal); 3° persistance partielle du cloaque interne avec évolution normale du cloaque externe (fistule recto-urétrale avec anus imperforé, malformation qui dépend, en réalité, d'une absence partielle du rectum); 4° persistance du sinus uro-génital.

b) Les déviations ou erreurs dans le cloisonnement, à savoir : 1° les rétrécissements du rectum et ceux de l'anus, avec ou sans conservation de la muqueuse ; 2° les imperforations, ou, plus exactement, les imperméabilités ou rétrécissements imperméables du rectum et de l'anus ; 3° peut-être aussi les cloisonnements horizontaux du rectum. C. WALTHER.

III. — Travail fait à l'occasion de l'ablation d'une variété rare de tumeurs du rectum. Il s'agissait d'un sarcome mélanique. Examinée histologiquement, la tumeur était du type des sarcomes fasciculés. Elle avait provoqué, par sa présence, une formation adénomateuse, phénomène tout à fait secondaire. Ce sarcome avait subi la dégénérescence mélanique.

Tuffier conclut en disant que les tumeurs mélaniques primitives du rectum appartiennent au sarcome. Ces tumeurs sont, en général, pédiculées et rappellent les polypes fibreux. Leur marche rapide, leur multiplicité et surtout la présence d'une adénopathie inguinale volumineuse et dure permettront de les reconnaître. RICHARDIÈRE.

IV. — La sarcomatose rectale est rare; elle est primitive ou secondaire. Primitive, elle peut se diffuser sur une grande étendue de l'intestin, produire un rétrécissement en virole pouvant être confondu avec le rétrécissement syphilitique, le cancer en virole; parfois, elle se localise sous forme de tumeur limitée. Secondaire, la diathèse se diffuse, ou bien se localise sous forme de tumeur limitée, ou bien se dissémine sous forme de plaque ou de nodules dispersés dans le rectum. Sont rapportées cinq observations, dont quatre inédites ou personnelles établissent l'existence de ces divers types.

La sarcomatose rectale est très grave lorsqu'elle est secondaire, à cause de la diathèse générale; primitive, elle est d'autant plus dangereuse qu'elle a plus de tendance à se diffuser.

Le traitement est : l'extirpation si le sarcome est localisé sous forme de tumeur; la rectotomie, s'il est disposé en virole peu élevée; la colotomie lombaire, s'il est diffusé.

Si le sarcome est disséminé, le traitement chirurgical devient inutile : il n'y a point, en effet, cet arrêt des matières qui, dans les formes précédentes, constituait le symptôme le plus grave. MAUBRAC.

V. — La résection du rectum est l'ablation d'une certaine hauteur de de cet intestin au-dessus de la portion sphinctérienne; le nom d'amputation doit être réservé à l'opération qui enlève avec le rectum toute la région des sphincters. La première est l'opération de choix dans tous les cancers du rectum qui laissent l'anus intact, et elle rend de grands services dans les cancers haut situés que beaucoup de chirurgiens considèrent comme inopérables. Sa gravité n'est pas plus grande que celle de bien d'autres opérations d'une utilité reconnue, et du reste l'ouverture du péritoine peut très souvent être évitée, même quand le cancer est très élevé, par un décollement attentif de cette séreuse sur la face antérieure du rectum.

La résection du rectum est indiquée: 1° dans les fistules recto-vaginales ou rectales élevées qui résistent aux autres moyens; 2° dans les rétrécissements cicatriciels incurables, pour lesquels Bardenheuer a fait trois fois cette opération; 3° enfin pour les cancers du rectum qui en constituent l'indication la plus fréquente. Le cancer doit être mobile et n'avoir pas contracté d'adhérences trop étendues avec les parois du bassin. L'adhérence à la vessie et à la prostate n'est pas une contre-indication; Bardenheuer a enlevé 5 fois une partie de la vessie et la prostate avec le rectum, avec 3 guérisons.

L'auteur estime que la mortalité de cette opération n'est que de 10 0/0,

et même de 5 0/0 pour les cas simples, sans ouverture de la vessie par exemple. Relativement à la récidive, les résultats paraissent devoir être bons; on connaît déjà un certain nombre de guérisons datant de 4 à 11 ans, et Bardenheuer observe depuis 6, 7 et 8 ans trois femmes qui sont encore très bien portantes.

Il décrit en détail le manuel opératoire, dont les points principaux sont :

1° Longue incision médiane postérieure partant de l'anus;

2° Découverte et résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum, transversalement;

3° En s'aidant d'un doigt introduit dans le rectum, dénudation exacte de cet organe en arrière et libération facile de ses adhérences en arrière et sur les côtés;

4° Section transversale au-dessous de la tumeur; le rectum est ensuite décollé de bas en haut de son feuillet péritonéal antérieur;

5° Déchirement du méso-rectum ou du méso-côlon pour permettre au bout supérieur de descendre ;

6° Section transversale au-dessus de la tumeur et suture des deux bouts de l'intestin.

On peut réséquer par ce procédé l'S iliaque inclusivement, en utilisant au besoin la section latérale du sacrum de Kraske, qui donne pourtant beaucoup de sang.

Les principaux dangers sont: le shock, l'hémorragie, la gangrène de l'intestin, la septicémie, la péritonite et le phlegmon sous-péritonéal. La durée de l'opération a une grande importance; Bardenheuer est arrivé à la faire en 15 à 30 minutes. MAURICE HACHE.

VI. — On connaît (*R. S. M.* XXVIII, 660) le procédé de Kraske pour extirper les cancers du rectum de siège élevé. Le professeur de Fribourg en Brisgau rapporte 8 opérations de cette nature, avec une mortalité de 50 0/0. L'un des opérés a succombé au collapsus le 3e jour ; les 3 autres ont été emportés par une péritonite occasionnée par la rupture de l'intestin au niveau des sutures et l'issue consécutive de matières fécales dans la cavité abdominale. J. B.

VII. — Il s'agit de trois opérations faites par Schönborn d'après la méthode de Kraske, c'est-à-dire après résection d'une portion latérale gauche du sacrum. — Dans les deux premiers cas, il fut réséqué 10 et 11 centimètres du rectum. Les malades guérirent, mais avec une fistule que Schönborn espère guérir. Le troisième malade était très affaibli, au cours de l'opération il fut nécessaire de réséquer une aune d'intestin grêle adhérente au rectum. La mort survint au bout de 5 jours. PIERRE DELBET.

VIII.— 1° *Hémorroïdes.* — Le traitement qui a la vogue en Amérique est l'injection d'une solution concentrée d'acide phénique dans les bourrelets hémorroïdiens. Après des lavements destinés à vider et à nettoyer le rectum, on injecte avec la seringue de Pravaz armée d'une aiguille fine, suivant le volume des hémorroïdes, de 1 à 7 gouttes d'une solution d'acide phénique et de glycérine (mélanges de parties égales, à moitié, au tiers ou au quart). Ces injections intraparenchymateuses nécessitent certaines précautions pour éviter une mortification de la muqueuse. Dans ce but, il faut : 1° essuyer l'aiguille pour enlever les gouttes de la solution qui y sont suspendues ; 2° protéger extérieurement la muqueuse au moyen de gaze iodoformée ; 3° ne pas faire l'injection trop près de la muqueuse.

Les douleurs qui surviennent une demi-heure après l'opération, par suite

du gonflement des bourrelets, sont soulagées par des suppositoires. Au bout de 3 jours, pendant lesquels on ne donne que des aliments liquides, en administrant en outre des lavements huileux, les malades peuvent reprendre leurs occupations.

2° *Fistules anales.* — Lange préconise leur excision totale suivie de suture, et publie plusieurs observations à l'appui. J. B.

IX. — Après avoir rappelé l'historique de la question et décrit le manuel opératoire, Quénu expose les résultats qu'il a obtenus dans les 9 cas où il a tenté la réunion immédiate pour des fistules à l'anus. Chez 6 malades, la réunion primitive a été obtenue au bout de 10 à 12 jours; chez un malade, la réunion n'a été que partielle, et il ne restait le 15e jour qu'une petite plaie plate loin de l'anus; chez un 8e, avec 3 décollements étendus périnéal, fessier et rectal, le dernier ne s'est réuni que secondairement; chez une seule, enfin, un peu de gonflement et de suppuration ont obligé à couper les fils le 3e jour, et la malade s'est trouvée dans les conditions d'une opérée par excision simple. En somme, sur 9 cas, 7 succès, dont un incomplet, et 2 insuccès, dont un incomplet.

Quénu est d'avis que cette opération peut être faite dans la plupart des cas; mais, que pour les sujets profondément tuberculeux ou porteurs de décollements étendus et multiples, il vaut mieux recourir au thermocautère. MAURICE HACHE.

X. — Greffrath analyse 61 cas opérés par Czerny de 1877 à 1885. Ces 61 cas comprenaient :

40 fistules borgnes externes;
18 fistules complètes ;
3 fistules borgnes internes.

Au point de vue étiologique, 17 seulement appartenaient à des tuberculeux actuels ou héréditaires, 2 à des diabétiques; 42 fois aucune affection générale n'a pu être constatée.

Sur ces 61 cas, les uns ont été opérés au bistouri, les autres au thermocautère.

Sur 13 opérés au bistouri qui ont pu être sauvés, 10 sans lésion organique ont donné 8 guérisons complètes, 1 incomplète et 1 mort de tabes; 2 tuberculeux ont donné 1 mort de septicémie et 1 guérison; 1 sujet à antécédents tuberculeux est incomplètement guéri.

Sur 38 opérés au thermo-cautère, 26 sujets sains ont donné 22 guésons complètes, 3 incomplètes et 1 mort de phtisie; de 5 sujets à antécédents tuberculeux, 2 ont guéri et 3 sont morts de tuberculose éloignée.

Czerny préfère maintenant opérer au thermo-cautère. Les fistules des tuberculeux doivent être opérées le plus tôt possible. M. HACHE.

I. — **Tuberculisation des organes génito-urinaires, par A. CAYLA** (*Thèse de Paris,* 1887).

II. — **Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical, par J. BŒCKEL** (*Gaz. méd. de Strasbourg, mai* 1887).

III. — **Surgical treatment of affections of the kidney (rein), par Henry MORRIS** (*Journ. of Americ. med. Assoc., p.* 289, *avril* 1887).

IV. — **Zu Chirurgie der Nieren (rein), par LAUENSTEIN** (*Deut. med. Woch., n°* 26, *p.* 568, 1887).

V. — Demonstration eines Fall von Frühextirpation einer carcinösen Niere (Ablation d'un rein cancéreux), par ISRAEL (*XVI*e *Cong. des chir. allem.*).

VI. — *Idem*, par STETTER (*Ibidem*).

VII. — Zur Nephrolithotomie, par LANGE (*Ibidem*).

VIII. — Néphrotomie lombaire pour un volumineux calcul du bassinet, par J. SHEPHERD (*Med. news*, 23 *avril* 1887).

IX. — Linksseitige Pyonephrose... (Abcès du rein ouvert dans la plèvre), par EICHHORST et KROENLEIN (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, *p.* 242, 15 *avril* 1887).

X. — Ueber Hydronephrose, par Elias HAFFTER (*Ibidem*, *p.* 449, 1er *août* 1887).

XI. — Kyste dermoïde du rein, par MADELUNG (*XVI*e *Cong. des chir. allemands*).

XII. — Exstirpation einer Wanderniere (Rein flottant), par KUEMMELL (*Soc. méd. de Hambourg*, 28 *juin* 1887).

XIII. — Rein mobile douloureux, néphrorraphie, par TURGARD (*Bull. méd. du Nord*, *septembre* 1887).

XIV. — Persistance du canal de Müller, hydronéphrose à droite, pyélo-néphrite calculeuse à gauche, par RELIQUET (*Broch. in*-8°, *Paris* 1887).

I. — Après avoir prouvé par des expériences concluantes que la néphrite tuberculeuse est une néphrite infectieuse, Cayla admet que, dans le système génito-urinaire, c'est l'appareil urinaire qui est le premier envahi par la tuberculose, et que, l'infection se faisant par le courant sanguin, c'est par le glomérule que débutent les lésions, ainsi que l'a démontré R. Durand-Fardel.

Les données fournies à la fois par l'anatomie pathologique et par l'expérimentation lui permettent de formuler les deux lois suivantes relatives à la marche de l'infection tuberculeuse dans les deux systèmes respectifs :

1° Dans les conditions normales de la circulation (peut-être même toujours), l'infection bacillaire suit le courant de l'urine ; 2° dans l'appareil génital, elle remonte le cours du sperme. R. JAMIN.

II. — Après une étude clinique sur les kystes hydatiques du rein, Bœckel passe en revue les trois méthodes opératoires qu'on a appliquées à leur cure et conclut ainsi :

Lorsque la tumeur fait saillie à la région lombaire, faire la néphrotomie lombaire (opération de Péan-Volkmann).

Dans le cas où elle siège dans l'hypochondre ou le flanc, choisir la néphrotomie latérale ou parapéritonéale. Ces deux opérations pourront ultérieurement, si le cas l'exige, être transformées en néphrectomie. Ces deux méthodes trouvent leur indication lorsque la tumeur est petite ou moyenne.

Lorsque le kyste est volumineux, qu'il fait saillie à l'abdomen, faire la néphrotomie antérieure ou la néphrotomie parapéritonéale.

Si le rein est déplacé ou compromis dans son fonctionnement, faire séance tenante, soit la néphrectomie transpéritonéale de Le Dentu, soit la néphrectomie parapéritonéale de Trélat.

Dans les cas douteux, enfin, faire la laparotomie, puis la ponction exploratrice ; agir ensuite suivant les circonstances. Si la néphrectomie

est jugée impraticable ou trop périlleuse, inciser largement le kyste, en exciser une portion, le cas échéant, et suturer les lèvres à la paroi abdominale. Si, au contraire, le kyste est peu ou point adhérent, si le rein est profondément altéré, si, de plus, il est mobile, faire la néphrectomie. OZENNE.

III. — Recueil de six opérations dont voici le sommaire :

1° Femme de 41 ans. Rein droit flottant et douloureux. Incision lombaire, qui mène sur l'organe très mobile dans sa capsule cellulo-graisseuse. — Un fil de catgut solide est passé dans l'épaisseur d'une lèvre de la plaie, puis à travers la capsule et la couche corticale de la portion supérieure et postérieure au rein, et enfin dans l'autre lèvre de la plaie, le fil est noué, fermant la blessure lombaire et fixant le rein. — Le résultat fut excellent.

2° Observation semblable à la précédente. La malade fut revue six mois après l'opération : le rein était toujours à sa situation normale.

3° Un homme de 23 ans qui, deux ans auparavant, avait eu une gibbosité dorsale avec abcès, fut trouvé porteur d'un rein droit flottant. On pratiqua une incision lombaire qui donna issue à du pus situé immédiatement derrière le rein très mobile; on ne put sentir le point carié, qu'on supposa être plus élevé; un tube à drainage fut placé; mais il persista une fistule donnant issue à du pus; quatre mois plus tard, la lésion vertébrale progressant, avait considérablement affaibli le patient.

4° Le malade, âgé de 26 ans, avait eu de fréquentes douleurs abdominales, puis s'était établie une tumeur, qui devint très rapidement plus volumineuse et plus douloureuse, dans l'hypochondre droit. — Le rein fut ouvert par les lombes : de l'urine et du sang s'écoulèrent de l'organe dilaté en sac énorme, mais on ne put découvrir de pierre ni dans le bassinet, ni dans l'uretère; les bords de la plaie du rein furent réunis aux lèvres de l'incision cutanée; la guérison se fit sans incidents, mais il persista une fistule par laquelle se déverse la totalité de l'urine sécrétée normalement par le rein.

5° Un malade atteint de pyonéphrose consécutive à un rétrécissement de l'urètre : la néphrotomie fut pratiquée, on évacua une urine purulente, un calcul phosphatique, après drainage, il persista une fistule lombaire : très probablement l'autre rein était également atteint.

6° Un homme atteint de calculs phosphatiques disséminés sur les reins : l'incision du rein ne permit point d'enlever ces productions très petites, et malgré une boutonnière périnéale et une légère amélioration momentanée le patient succomba aux progrès de sa pyélo-néphrite suppurative. MAUBRAC.

IV. — Lauenstein a pratiqué chez une femme de 42 ans la fixation du rein mobile d'après la méthode de Hahn. Il s'agissait du rein droit. L'organe mis à nu par l'incision de Simon fut maintenu par des fils qui traversaient sa substance. On essaya de réunir par première intention, mais bientôt le fond de la plaie suppura, ce qui retarda la guérison. Succès complet de l'opération : au bout de trois mois, la malade, débarrassée de tous les accidents, put quitter l'hôpital.

L'auteur démontre l'utilité de l'exploration chirurgicale du bassinet.

Un marin de 42 ans souffrait depuis douze ans de vives douleurs à la région lombaire droite, faisant supposer l'existence d'un grand calcul; plusieurs hématuries. Incision de Simon. On fait passer des fils dans le rein pour attirer le hile au fond de la plaie. Incision du bassinet, qui est dilaté mais ne contient rien; trois ponctions du rein où l'on ne rencontre aucun calcul. Pas de suture du bassinet. Tampon iodoformé. Guérison de la plaie en trois mois. Les douleurs ont disparu et l'opéré s'embarque.

Dans le cas suivant, il s'agit d'un abcès du rein que l'auteur a incisé directement.

Officier de 24 ans, ayant eu des hématuries, puis l'urine constamment purulente pendant cinq ans, malgré des cures d'eaux minérales. Douleurs à la région lombaire droite. Incision allant de la 12e côte au bord externe du muscle sacro-spinal; une autre incision parallèle à la côte est nécessaire. La ponction du rein fournit une grande quantité de pus : large incision de l'organe, drainage, tampon iodoformé. Dès le lendemain, l'urine devient claire. Guérison complète en deux mois.

La dernière observation est celle d'un sujet de 31 ans, opéré d'abord à gauche avec succès pour un gros calcul rénal. Les accidents ayant reparu à droite, l'auteur renouvela l'opération, mais sans trouver de calcul. Pendant la recherche du rein, le côlon ascendant fut incisé. Mort au bout de huit jours. Autopsie : rein droit atrophié, contenant deux petits abcès ; à gauche, les calices étaient dilatés, le parenchyme atrophié ; des calculs oblitéraient l'uretère. L. GAILLARD.

V. — Israel présente un rein carcinomateux provenant d'un homme de 21 ans. La tumeur fait à la surface du rein une saillie grosse comme la moitié d'une noix. Israel put cependant la percevoir par les palpations abdominales. C'est un carcinome de la substance corticale qui, au travers de la substance médullaire, s'est fait jour dans le bassinet sous forme d'une masse polypeuse. Le malade est en bonne santé. PIERRE DELBET.

VI. — La malade, âgée de 51 ans, n'avait présenté d'autre symptôme qu'une extrême faiblesse, lorsqu'elle fut prise de fièvre. Stetter fit l'opération transpéritonéale, pour pouvoir examiner le foie. La plaie a guéri par première intention; mais la fièvre a repris 6 jours après l'opération, et la malade a fait une péricardite et une pleurésie. Aujourd'hui, l'état général et l'appétit sont relativement satisfaisants. PIERRE DELBET.

VII. — Lange pense que les symptômes que l'on considère comme caractéristiques de la présence de calculs rénaux sont très inconstants. Il a trouvé des calculs dans des cas où tous ces symptômes manquaient. Aussi pense-t-il qu'il faut recourir plus souvent à l'incision exploratrice. Il en a déjà formulé le manuel opératoire dans les *Annales of Surgery*, et il a fait fabriquer un instrument destiné à dilater le bassinet, à faciliter l'extirpation des calculs.

Lange ajoute l'histoire de deux malades. Chez un malade, il enlève un grand nombre de calculs, mais l'opération ne peut être terminée. 6 semaines plus tard, l'uretère du côté opposé s'étant obstruée, le malade est pris d'anurie aiguë. Le chirurgien put extraire le caillot mêlé de sable qui obstruait l'uretère et les calculs qui restaient du côté opposé. Le malade a bien guéri. Chez un autre malade, Lange a extrait de volumineux calculs des 2 reins en 2 opérations couronnées de succès. Dans d'autres cas, Lange a fait des incisions exploratives sans trouver de calculs.

Kuester a fait 3 néphrotomies. Un de ses malades a succombé. Le rein du côté opposé était malade. Dans les cas où l'extraction du calcul est difficile, il ne faut pas hésiter à couper les cloisons qui séparent les calices. L'hémorragie est peu considérable. PIERRE DELBET.

VIII. — Jeune homme de 26 ans, porteur d'un énorme calcul du rein gauche, dont les premiers symptômes (hématurie) remontaient à 7 ans environ. L'examen clinique, la palpation, voire même une ponction exploratrice, ne permirent pas d'établir le diagnostic d'une manière précise. On fit l'incision du rein par la région lombaire, et le doigt introduit dans le bassinet y rencontra un énorme calcul qu'on eut les plus grandes difficultés à extraire, en raison de son volume et de ses adhérences, même en multipliant et en prolongeant les incisions. Cette pierre pesait 153 grammes et mesurait 9 centimètres et demi en longueur et près de 25 centimètres de circonférence. Pendant

4 mois, l'opéré alla bien, malgré la persistance d'une fistule au niveau de la cicatrice; mais, au bout de ce temps, il succomba au milieu de phénomènes scepticémiques et ictériques. L'autopsie montra que le rein, dont le tissu avait paru sain lors de l'opération, renfermait plusieurs abcès enkystés, au milieu desquels se trouvaient encore quelques calculs. R. JAMIN.

IX. — Homme de 29 ans, ayant depuis 1 an des troubles urinaires. A son entrée, on constate de la pyurie, des douleurs spontanées dans la région rénale gauche avec sensibilité à la pression. Une submatité au sommet du poumon droit et l'existence d'une tuberculose chez le père font songer à une affection rénale de même nature chez le malade. Néanmoins, des examens répétés ne permettent jamais de découvrir des bacilles dans le sédiment des urines.

Peu à peu apparaît, au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, une tumeur appréciable à la palpation; puis on constate la présence d'une pleurésie du même côté. Un jour, on note à la fin un accroissement énorme de l'exsudat pleural, une sensibilité morbide insolite sur le thorax et une diminution de volume de la tumeur rénale. Une ponction exploratrice fait reconnaître la nature purulente de la pleurésie. On diagnostique une pyonéphrose gauche ouverte dans la cavité pleurale correspondante.

Opération de l'empyème avec résection de la 8e côte : issus 2 litres de pus sanieux mêlé de grumeaux. Le doigt constate l'existence d'un grand trou dans le diaphragme. Incision lombaire transversale qui évacue un abcès rétropéritonéal. Dans la plaie, on introduit un très gros drain pour établir la communication entre la canule pleurale et la plaie lombaire. J. B.

X. — Femme de 27 ans; depuis l'âge de 16 ans, elle est prise, 4 à 5 fois par an, de coliques du côté gauche du ventre et de vomissements. Constipation habituellement. Actuellement, la malade éprouve des élancements dans la région lombaire gauche avec irradiation en avant, vers le nombril. Le diaphragme est refoulé en haut; matité absolue, avec perte de vibrations, au côté gauche du dos jusqu'à l'omoplate. Dilatation du côté gauche du thorax en avant et de l'hypochondre correspondant, où se trouve une tumeur peu douloureuse et paraissant fluctuante. Signes d'obstruction intestinale, qui ne cèdent qu'après injection dans le rectum d'un litre et demi d'huile administré en lavement.

400 à 500 grammes d'urine par jour, parfois albumineuse, mais ne contenant aucun élément figuré. Céphalées, nausées, inappétence. Ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, qui donne issue à un liquide de saveur salée. Le diagnostic d'hydronéphrose se trouvait ainsi confirmé. Les jours suivants, les douleurs augmentent et s'étendent jusque dans le membre inférieur gauche, que la malade garde toujours fléchi. Emaciation, affaiblissement. Une ponction dans la ligne axillaire, pratiquée avec un trocart de moyen calibre, donne issue à 4,3 litres d'un liquide, trouble seulement à la fin, contenant 0,8 0/0 d'urée et peu d'albumine. Au bout de 8 jours, la tumeur s'était reproduite. Le massage et la compression élastiques se montrent inefficaces. Haffter fait une nouvelle ponction, qui évacue encore 5 litres de liquide urineux. Mais, la malade s'affaiblissant de plus en plus, Haffter se décide à une intervention plus radicale. Il renonce à extirper le rein malade, pour les raisons suivantes : ce rein gauche suinte encore 1 litre environ de liquide par jour, tandis que le rein droit sain n'en a suinté en moyenne que 350 grammes, et encore cette urine contient-elle de l'albumine.

Haffter se résout donc à établir une fistule néphroso-abdominale. Espérant atteindre la tumeur extra-péritonéalement, il fait une incision obliquement en arrière, depuis le bord intérieur du rebord costal gauche jusqu'à la crête iliaque. Mais il tombe immédiatement dans la cavité péritonéale et trouve le côlon fixé par de vieilles adhésions en dehors et en arrière du rein. Il ponc-

tionne le sac pour pouvoir l'extraire, le suture circulairement à la plaie abdominale avant de l'inciser ; enfin il résèque au ras de la suture toute la portion du kyste proéminente. Outre l'urine, l'hydronéphrose ne contenait que des caillots fibrineux.

Il introduit dans le sac un tube en caoutchouc long de 15 centimètres.

Plus tard il dut reconnaître que ce tube, beaucoup trop long, empêchait la communication avec la vessie. Immédiatement, néanmoins, la quantité des urines augmente, et de 800 grammes elle finit par atteindre 2 litres par jour. L'opérée guérit sans peine, mais elle a encore des accès de coliques néphrétiques au moment de ses règles.

Avant d'établir le fistule, Haffter croyait que peut-être c'était l'utérus antéfléchi qui était cause des accidents rénaux et avait provoqué un avortement artificiel à 2 mois et demi. J. B.

XI. — Le malade présentait un kyste du rein qui fut opéré en juillet 1886. Il succomba en mars 1887. Le rein droit n'était normal que dans son tiers inférieur. Dans la partie supérieure se trouvait un kyste dermoïde gros comme une orange, à contenu calcifié. Il était entouré de petits kystes à contenu liquide, qui, de même que le kyste opéré, doivent être considérés comme des kystes par rétention. PIERRE DELBET.

XII. — Une femme de 60 ans souffre depuis un an de douleurs causées par un rein droit flottant. L'auteur fixe l'organe à l'aide de sutures qui intéressent le parenchyme. L'opération fait disparaître les douleurs pendant quelques mois.

Il faut cependant extirper l'organe, car les souffrances redeviennent intolérables. Elles cessent au bout de quelques jours et la plaie guérit rapidement.

Le rein est sain ; il était adhérent au tissu conjonctif de la paroi sur une étendue grande comme une pièce de 5 marks. L. GALLIARD.

XIII. — Turgard pratique la néphrorrapie dans un cas de rein mobile douloureux chez une femme de 35 ans.

L'opérateur, l'incision lombaire faite, attira difficilement le rein dans la plaie, mais ne put comprendre la capsule fibreuse dans les sutures ; il se borna à fixer l'organe par six points de suture à la soie phéniquée embrassant le plus possible de la capsule cellulaire et des tractus qui l'unissent à la capsule fibreuse, en même temps que les deux lèvres de la plaie. Les ligatures serrées, le rein paraissait solidement fixé. Les suites de l'opération furent simples et pendant deux mois les douleurs cessèrent ; quand elles reparurent, on reconnut que le rein était redevenu mobile. P. PARISOT.

XIV. — Appelé auprès d'un homme de 40 ans qui présentait des accidents urémiques ultimes, l'auteur jugea toute intervention chirurgicale inopportune, en raison de la bilatéralité des lésions rénales. La mort étant survenue rapidement, l'autopsie confirma ces données de la clinique et montra, en outre, que l'hydronéphrose du rein droit était due à la persistance du canal de Müller, qui comprimait l'uretère de ce côté. Ce conduit tératologique, partant de la capsule surrénale droite, simulait en apparence un uretère supplémentaire ; après avoir croisé et comprimé le véritable uretère droit, il venait s'ouvrir dans une sorte de poche kystique située sous le trigône vésical et ne présentait, pas plus que celle-ci d'ailleurs, aucune communication appréciable avec les voies urinaires. Par le fait de cette malformation congénitale, le rein droit s'était peu à peu annihilé et avait dégénéré en une poche hydronéphrotique. Le rein gauche, fonctionnant seul, avait permis au sujet de vivre jusqu'à quarante ans ; et c'est seulement quand ce dernier, bourré de calculs et atteint de sclérose interstitielle, était devenu insuffisant, que les phénomènes urémiques avaient commencé. R. JAMIN.

I. — **Urétérites et pyélites**, par **Noël HALLÉ** (*Thèse de Paris, avril* 1887).

II. — **Étude sur une bactérie septique de la vessie**, par **S. CLADO** (*Thèse de Paris*, 1887).

III. — **Ueber künstlichen, zeitweiligen Harnleiterverschluss (De l'occlusion artificielle temporaire des uretères)**, par **Paul MÜLLER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 689, 1887).

IV. — **Ueber Absperrung her Harnleister von der Scheide her zu diagnostischen Zwecken (La ligature des uretères par le vagin comme moyen de diagnostic)**, par **A. WARKALLA** (*Archiv für Gynækologie, XXIX*, 2).

V. — **La guarigione immediata delle ferite trasversali complete dell' uretere**, par **A. POGGI** (*Riforma medica de Naples, mars* 1887).

I. — L'uretère a une influence pathogénique importante sur le rein : il est pour ce dernier ce que l'urètre est pour la vessie. Aussi, l'uretérite ascendante est-elle la cause d'un grand nombre de lésions rénales secondaires (dilatations et suppurations) et doit-elle porter le nom d'uretéro-pyélite. Celle-ci est d'ailleurs engendrée par toutes les inflammations vésicales et, en outre, par celles des organes génitaux chez la femme.

Cette inflammation ascendante purulente est d'origine microbienne et extérieure. Il en existe deux types anatomo-pathologiques : l'un avec grande dilatation de l'uretère, sinuosités et rétrécissements valvulaires; l'autre avec épaississement, induration, rétrécissements cicatriciels et péri-uretérite.

Les symptômes sont la pyurie, les altérations de l'urine, la douleur et la tuméfaction du rein et de l'uretère, ce dernier dans sa portion pelvienne étant accessible à l'exploration digitale par le rectum chez l'homme, par le vagin chez la femme. On distingue plusieurs types cliniques d'uretéro-pyélite suivant l'uni- ou la bi-latéralité de l'affection, suivant la gravité des symptômes et suivant qu'elle se complique ou non d'hydronéphrose. Dilatation par stase et inflammation ascendante septique, tels sont les deux facteurs qui expliquent les lésions, en se succédant et se combinant de façons différentes. Secondairement, on peut observer la formation de calculs phosphatiques.

La marche, la gravité et le pronostic varient dans chacune des formes cliniques. Quant au diagnostic, il s'aide de la cause et des commémoratifs ; l'étude prolongée des symptômes suffit souvent à le faire. Mais le diagnostic chirurgical veut la connaissance précise de l'état de tout l'appareil urinaire, au point de vue opératoire : il s'appuie sur les divers procédés d'exploration, palper et toucher. Le point le plus délicat est l'appréciation de l'état exact du rein opposé : les procédés de cathétérisme et de compression des uretères peuvent le permettre en faisant recueillir séparément pour l'examen l'urine de chacun des reins.

Le traitement est médical au début, palliatif dans les cas graves et incurables, chirurgical par la néphrotomie dans les cas de pyonéphrose, avec néphrectomie secondaire dans quelques cas rares et bien spécifiés, la néphrotomie étant généralement moins grave que la néphrectomie.

R. JAMIN.

II. — Parmi les nombreux micro-organismes qui se développent dans

la vessie et dont l'auteur a pu isoler et cultiver une dizaine d'espèces, il s'en trouve un qui est pathogène pour les animaux. La bactérie septique de la vessie est un bâtonnet court, presque ovoïde, doué de mouvements et donnant des formes sporulées dans les milieux de culture. Il a été cultivé par Clado dans tous les milieux connus, et particulièrement dans un milieu composé par lui et appelé *uro-gélatine*. Dans la gélatine ordinaire, cette bactérie forme le long de la piqûre une série de lentilles empilées comme des pièces de monnaie. Innoculée aux animaux par différentes voies, elle détermine la mort dans l'espace de trois jours en moyenne (souris, cobaye, lapin, etc...) : à leur autopsie, la lésion la plus communément rencontrée, indépendamment d'une congestion rénale constante, est la péritonite, ou simplement un peu d'épanchement péritonéal ; quelquefois d'autre séreuses sont également enflammées. Mais il existe des cas où nulle lésion n'a été observée, ce qui prouve qu'il s'agit là d'une véritable septicémie. D'ailleurs le microbe se trouve toujours dans le sang des animaux inoculés.

Malgré la forme et la rapidité des accidents observés, Clado pense que cette bactérie n'est pas le microbe qui cause l'infection urineuse (fièvre urineuse). Il a en effet obtenu à l'état de pureté, par la piqûre de la rate chez les urinaires, une autre bactérie volumineuse, liquéfiant la gélatine, qu'il est disposé à considérer comme la bactérie pathogène de cette complication : cette dernière bactérie est du reste encore à l'étude.

R. JAMIN.

III. — Müller a recherché sur le cadavre un procédé d'occlusion de l'uretère réalisable en clinique pour le diagnostic des lésions du rein.

Constatant que le doigt introduit dans le rectum pouvait comprimer l'uretère contre la ceinture osseuse du bassin, il a construit un compresseur formé d'un ballon de caoutchouc qu'il remplit de mercure après introduction dans l'intestin. Le sujet est dans le décubitus latéral.

L'auteur se propose d'essayer son appareil sur le vivant.

L. GALLIARD.

IV. — C'est dans le même but que Warkalta propose la ligature momentanée par le vagin des uretères : cette opération, qu'il a pratiquée sept fois sur le cadavre, repose sur la possibilité, démontrée par Paulick et Sänger, de reconnaître les uretères par le toucher vaginal dans un premier temps, l'opérateur ayant reconnu exactement avec le doigt le trajet de l'uretère, marqué à l'aide d'un caustique (nitrate, teinture d'iode) le point où sera placée la ligature : le point d'élection se trouve à cinq centimètres au-dessous de la ligne horizontale qui passe par l'orifice externe. Dans un second temps, la malade étant placée dans la position genu-pectorale et le cul-de-sac antérieur étant mis à nu à l'aide d'un speculum de Sims, la ligature est appliquée à l'aide d'une aiguille à courbure appropriée. La ligature peut être maintenue sans inconvénient 10 minutes, ce qui donne le temps de recueillir l'urine provenant de l'autre uretère. L'opération ne présente aucun danger soit au point de vue des vaisseaux voisins, soit au point de vue de la vessie. Sur le cadavre, l'uretère ne se reconnaissant pas au toucher, l'auteur était obligé d'injecter ce conduit avec une masse gélatineuse. Sur les sept cas, il a réussi dans tous les cas à lier un des uretères, et trois fois les deux uretères ont été liés. La vessie a été atteinte deux fois : jamais des vaisseaax volumineux n'ont

été intéressés. Dans les trois cas où l'auteur a échoué, l'aiguille n'avait pas été poussée assez profond : le fil se trouvait devant l'uretère.

A. DE BRINON.

V. — Dans une série de recherches expérimentales entreprises dans le laboratoire de pathologie générale du professeur Vizzoni (de Bologne), l'auteur est arrivé, en coupant transversalement l'uretère et en invaginant et suturant le bout supérieur ou rénal dans le bout inférieur ou vésical, à obtenir très rapidement la guérison complète de cette section de l'uretère. En quelques jours, la cicatrisation de la plaie uretérale était parfaite et la lumière du conduit nullement rétrécie. A l'œil nu, il était à peu près impossible de distinguer la trace de la cicatrice soit sur la tunique externe (fibro-conjonctive), soit sur la tunique interne (muqueuse) de la paroi uretérale. Ajoutons que la transmission de l'urine par l'uretère opéré n'a pas cessé de se faire normalement, et que le rein correspondant a été trouvé à l'autopsie parfaitement sain aussi bien microscopiquement que macroscopiquement, dès que les animaux en expérience eurent été sacrifiés.

R. JAMIN.

I. — **Die Blasen-Harnröhrennath mit Vereinigung... (Traitement de l'ectopie vésicale avec épispadias), par PASSAVANT** (*Arch. f. klin. Chir., XXXIV, Heft* 3).

II. — *Idem*, **par TRENDELENBURG** (*XVIe Cong. des chir. allemands*).

III. — **Ueber die chirurg. Behandlung der Blasenektopie, par ZESAS** (*Cent. f. Chir., n°* 8, 1887).

IV. — **Die Cocaïnbehan dlung der katarrhalischen Schrumpfblase (Traitement de l'intolérance de la vessie par la cocaïne), par HOROWITZ** (*Wiener med. Woch., n°* 32, 1887).

V. — **Ueber 58 Lithotripsien, par ROERIG** (*Berl. klin. Woch., p.* 493, 4 *juillet* 1887).

VI. — **Exploration of the bladder by the suprapubic method, par S. DENNIS** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 28 *mai* 1887).

VII. — **Suprapubic cystotomy, par John PACKARD** (*Ibidem, p.* 605, 28 *mai* 1887).

VIII. — **Des cystites douloureuses et de leur traitement, par Henri HARTMANN** (*Thèse de Paris*, 1887).

IX. — **Cystite chronique, opération nouvelle, par G. W. GAY** (*Boston med. journ.*, 14 *avril* 1887).

X. — **Cystite tuberculeuse, taille hypogastrique avec raclage et cautérisation, par Jacques-L. REVERDIN** (*Rev. méd. Suisse romande, p.* 666, *novembre* 1887).

XI. — **De la blessure du péritoine dans la taille hypogastrique, par Carlos MEJIA** (*Thèse de Paris*, 1887).

XII. — **Du pansement de la taille hypogastrique, par CLADO et NOURRIC** (*Ann. des mal. des org. gén. urin., février-avril* 1887).

XIII. — **Modifications à la suture et au drainage de la vessie après l'ablation d'un néoplasme vésical par la taille hypogastrique, par ENGELBACH et F. ROLLIN** (*Ibidem, septembre* 1887).

XIV. — Modifications à la suture et au pansement de la taille hypogastrique, par GUIARD (*Ibidem, mars* 1887).

XV. — Die Blasennaht (Suture de la vessie), par A. BRENNER (*Arch. f. klin. Chir., XXXV, Heft* 1).

XVI. — Ueber durch Füllung erzeugste Blasenrupturen (Ruptures de la vessie à la suite d'injections), par ULLMANN (*Wiener med. Woch., n°* 23, 1887).

XVII. — Lésions anatomopathologiques de la tuberculose vésicale, par CLADO (*Ann. des mal. des org. gén. urin., janvier* 1887).

XVIII. — Cancer de la vessie à marche lente, par G. BUDOR (*Ibidem, novembre* 1887).

XIX. — Classification clinique des calculs urinaires et leur fréquence relative, par POUSSON (*Ibidem, avril* 1887).

XX. — Calcul vésical de 38 millimètres de largeur, extraction par la dilatation de l'urètre, par CAUCHOIS (*Bull. Soc. de Chir., XIII, p.* 494).

I. — Passavant fait remarquer que dans l'ectopie de la vessie la paroi antérieure de la vessie ne manque pas comme on le dit à tort. En réalité, la paroi antérieure est rejetée sur les côtés par suite de la fissure médiane. Les parois de la vessie sont considérablement épaissies. L'urine trouvant plus de difficulté à la traverser, les uretères se dilatent et s'hypertrophient, le bassinet lui-même se distend aux dépens de la substance rénale, qui peut être presque complètement détruite. D'où la facilité des urétrites, pyélites et néphrites, qui sont une cause fréquente de mort chez les gens atteints d'ectopie vésicale.

La plupart des auteurs prétendent que dans les cas d'ectopie de la vessie la symphyse des pubis est remplacée par un ligament qui passe derrière la vessie, et n'est recouvert en arrière que par le péritoine. Ce prétendu ligament est presque entièrement composé de fibres musculaires ; il représente en réalité les muscles pubio-vésicaux et nullement une symphyse rudimentaire.

Chez un enfant de 18 ans, le bassin était surtout remarquable par l'absence d'ossification, il n'y avait pas de soudures des vertèbres sacrées entre elles. L'ilion, l'ischion et le pubis ne sont unis que par du cartilage. Les deux pubis sont distants de 6 centimètres. Le sacrum, au lieu de présenter sa courbure normale. est presque droit. L'échancrure sciatique est notablement plus petite que d'ordinaire. La rotation qui produit l'écartement des ailes du bassin ne se fait pas autour d'un axe vertical, mais bien autour d'un axe dirigé comme les surfaces articulaires du sacrum : il en résulte que les surfaces articulaires des deux pubis, au lieu d'être parallèles, divergent de bas en haut. Cette divergence est d'autant plus accentuée que l'écartement est plus considérable.

Les corps caverneux suivent d'abord les branches descendantes des pubis, contre lesquelles ils sont maintenus par les ligaments suspenseurs. Au delà de ces ligaments, les deux corps caverneux s'incurvent presque à angle droit pour se rapprocher l'un de l'autre, puis s'étant touchés, il forment un second angle pour se porter en avant. Les fibres antérieures du muscle bulbo-caverneux viennent s'insérer non pas au côté externe des corps caverneux, mais bien à son côté interne. Mais cette insertion

n'est anormale qu'en apparence; en réalité, ce sont les corps caverneux qui ont subi une rotation dont le résultat est d'amener en dedans leur côté externe. Les coupes transversales de la verge sont particulièrement instructives au point de vue de cette rotation. On voit sur les coupes que les corps caverneux ne tiennent nulle part au contact l'un de l'autre, chacun d'eux est entouré d'une tunique complète. En outre, de chaque côté de ces corps caverneux on voit deux artères et une veine qui sont en réalité les artères dorsales, et la veine dorsale dédoublée. L'auteur émet ensuite l'opinion que l'épispadias avec incontinence est dû à un retard ou à l'arrêt dans la fermeture de la fente comprise entre les deux pubis.

Au point de vue du traitement, la suture de la vessie et de l'urètre n'est qu'un temps en quelque sorte secondaire; le point capital, c'est la préparation à la suture. Cette préparation consiste à rapprocher les pubis, à réduire la vessie dans la cavité abdominale et à augmenter la capacité du réservoir urinaire. Le rapprochement des pubis est possible grâce à la flexibilité de la synchondrose ilio-sacrée, il doit être cherché par un traitement progressif et continu. On peut employer dans ce but une bande de caoutchouc vulcanisé. Un second moyen consiste à placer le bassin dans une sorte de rainure angulaire, qui ne presse que sur les côtés. Pour réduire la vessie dans l'abdomen, l'auteur emploie un système de ballon, dont il faut voir la description dans l'original. Pour augmenter la capacité de la vessie, le meilleur procédé consisterait à la faire distendre par l'urine elle-même; mais jusqu'à présent l'auteur n'a pu trouver un procédé qui empêche l'urine de s'écouler au dehors.

En somme, le procédé a pour but de ramener les diverses parties dans leur situation normale. La base est le rapprochement des deux pubis, et il est indispensable que le rapprochement soit complet. Mais si les deux pubis sont amenés au contact, le reste n'est plus rien. Passavant a pu constater sur des cadavres de nouveau-nés atteints d'ectopie vésicale qu'il était possible d'amener les deux pubis presque au contact sans déterminer la moindre lésion. Il a fait d'autres expériences sur des sujets plus âgés; mais elles ont moins d'importance, parce que ces sujets n'avaient pas d'ectopie vésicale.

Après la puberté, il serait illusoire de tenter le redressement du bassin par le procédé décrit. Il faudrait alors avoir recours soit à une résection, soit à une ostéoclasie. Les expériences qu'a instituées l'auteur ne lui permettent pas de se prononcer. PIERRE DELBET.

II. — Treudelenburg donne quelques résultats de l'application de sa méthode.

Chez un enfant de 1 an et demi la muqueuse était couverte d'excroissances. On put suturer les deux bords de la rainure urétrale; mais il fallut prendre un lambeau cutané pour continuer la poche vésicale. Un excellent résultat a été obtenu chez une petite fille de 5 ans. Après quatre opérations, l'occlusion était complète depuis l'ombilic jusqu'au méat. Une cinquième opération tentée dans le but de permettre à la malade de garder l'urine ne fut pas couronnée de succès, parce que les parois du bassin tendaient à reprendre leur forme première.

Treudelenburg pense aujourd'hui que c'est entre quatre et sept ans qu'il faut opérer les malades. (*R. S. M.*, XXVII, 701.) PIERRE DELBET.

III. — Nixham opéra, en 1884, un enfant de 14 ans, atteint d'ectopie de la

vessie. L'ectopie était telle qu'il était impossible de reconstituer un réservoir vésical; l'opération fut faite d'après la méthode de Sonnenburg, qui consiste à extirper la vessie et à suturer les deux uretères dans la rainure pénienne. La guérison, un instant troublée par un léger phlegmon, était complète au bout de quatre semaines. Nixham fit fabriquer un récipient spécial qui paraît remplir toutes les indications. L'état du malade est pleinement satisfaisant.

Cette observation et d'autres plaident en faveur de l'extirpation de la vessie dans les degrés très avancés d'ectopie de la vessie. Mais la méthode de Sonnenburg est-elle également recommandable dans les degrés moindres ? Si l'on songe que les opérations ayant pour objet de reconstituer une vessie avec des lambeaux cutanés n'ont donné que des succès de peu de durée, en raison des incrustations calcaires, qui ne tardent pas à envahir le réservoir ainsi formé ; si l'on songe d'un autre côté que ces opérations sont tout aussi dangereuses que celle de Sonnenburg, on est tenté d'attribuer encore la préférence à cette dernière. Toutefois, l'auteur ne se dissimule pas que la méthode de Treudelenburg a ouvert une nouvelle voie. PIERRE DELBET.

IV. — A l'aide de la cocaïne, Horovitz est arrivé à ce résultat, que l'urine, qui pouvait rester tout au plus une demi-heure dans une vessie intolérante, y demeura deux heures. La vessie doit ainsi acquérir une capacité quadruple de celle qu'elle avait primitivement; c'est un moyen simple, exempt de douleur, de combattre le resserrement de la vessie. L'auteur emploie une solution de 0,50 dans 20 grammes d'eau ; une solution de 0,70 agit encore mieux. L'effet persiste encore au bout de quarante-huit heures. Un malade a pu être guéri ainsi après vingt-quatre séances ; un autre le fut en quatre semaines. BARBE.

V. — Ces 58 lithotrities ont été pratiquées sur 48 malades. 25 fois il s'agissait de calculs uratiques; 24 fois de calculs formés surtout de phosphate et 9 fois de calculs ayant un noyau uratique et une enveloppe phosphatique. Les 25 lithotrities pour calculs d'urates n'ont donné lieu à aucune récidive, tandis que sur les 24 opérations pour calculs de phosphates il y a eu 8 récidives chez 3 malades qui ont dû être lithotritiés 2, 4 ou 5 fois.

16 fois (chez 14 individus) les calculs étaient enchatonnés; 2 de ces malades ont dû subir 2 opérations et 4 n'ont pas été entièrement guéris; 12 fois le calcul enchatonné était unique et 4 fois multiple. 2 fois l'enchatonnement se trouvait au niveau du bas-fond; 6 fois sur la paroi droite de la vessie et 6 fois sur le haut de la paroi antérieure.

Rörig a toujours, sans succès, essayé d'extraire entier le calcul enchatonné ; 10 fois sur 14, au contraire, il a réussi à le broyer sur place avant d'en extraire les fragments.

Sur ces 58 lithotrities, Rörig a eu 2 décès, dont 1 pour calcul enchatonné. J. B.

VI. — Partisan de la taille sus-pubienne, Dennis la considère indiquée : 1° pour les calculs durs et volumineux et chez les paraplégiques ; 2° pour l'ablation de certains corps étrangers (épingle à cheveux, etc.) et pour le traitement de la cystite chronique ; 3° dans les cas de rétrécissement serré, de fibrome de la prostate, de tumeurs, de rupture de la vessie.

Depuis 1879, 124 fois l'opération a été pratiquée pour pierre de la vessie ; la mortalité est de 14 0/0 ; 7 décès peuvent être exclus de cette statistique qui donne, en définitive, une mortalité de 9 0/0. MAUBRAC.

VII. — Relation succincte de six opérations pratiquées dans les conditions suivantes :

Rétention d'urine par une hypertrophie de la prostate chez un vieillard de 85 ans ; mort le deuxième jour par défaut du cœur.

Rétention par rétrécissement ancien ; ouverture d'un abcès périnéal qui conduit dans la vessie ; taille sus-pubienne pour vider la vessie qui était le lendemain distendue ; guérison.

Rétention remontant à quatre jours. Guérison.

Deux faits de rétention par hypertrophie de la prostate chez deux patients de 63 et 70 ans, terminés par la mort.

La dernière observation est celle d'un homme de 40 ans, atteint de hernie inguinale double et hydrocèle double ; rétention d'urine depuis quatorze heures ; cathétérisme impraticable ; taille pubienne ; amélioration immédiate ; un peu d'urine passe bientôt par l'urètre. MAUBRAC.

VIII. — La cystite douloureuse ne constitue pas un groupe naturel à part dans la pathologie vésicale, pas plus que la cystite purulente, hémorragique, etc. ; elle peut être de nature blennorrhagique, tuberculeuse, prostatique, calculeuse ou néoplasique. Ce n'est pas seulement l'exagération extrême du symptôme douleur qui la caractérise, c'est sa longue durée, sa continuité sans accalmie sérieuse, sa résistance à tous les moyens classiques de traitement...

Suivant la gravité des cas, Hartmann les divise en *grands* et *moyens*. Dans ceux-ci, où la douleur n'est pas excessive, où la capacité anatomique de la vessie n'est pas par trop diminuée et où sa sensibilité à la pression n'est pas très marquée, le traitement opératoire est inutile. Avec les médications calmante et narcotique, auxquelles on joint les balsamiques et les bains, on guérit parfois les cystites douloureuses ; mais, la plupart du temps, il faut recourir à la médication topique de la vessie, dont la condition essentielle est de ne pas distendre le réservoir vésical par de grands lavages sous peine d'aggraver la douleur et l'inflammation. Le meilleur procédé de traitement, dans ces cas, est fourni par les instillations intra-vésicales pratiquées avec une solution de nitrate d'argent à 2, 3 et même 4 0/0.

Si ce traitement ne suffit pas, c'est qu'on se trouve en présence d'un *grand cas*. Fût-elle même de nature tuberculeuse ou néoplasique, la cystite alors réclame une intervention chirurgicale. A cet égard, la dilatation simple du col vésical n'est pas suffisante quand la douleur est excessive et la miction incessante, à moins cependant qu'on y ajoute le drainage consécutif et plus ou moins prolongé qui assure le repos de la vessie. La taille toutefois est préférable ; ce sera la kolpo-cystotomie, dont l'auteur fait une étude très complète, chez la femme ; la cystotomie hypogastrique, chez l'homme. Cette dernière, facile à exécuter, assure à la vessie un repos plus parfait que le drainage par le périnée ; elle sectionne largement les plans musculaires de la vessie et surtout, point capital, elle permet de voir les lésions et de les traiter directement. A moins qu'on ait affaire à une vessie jeune, bien musclée, intolérante et par conséquent exposée à la rupture, c'est donc la taille hypogastrique qu'il faut préférer. R. JAMIN.

IX. — Il s'agit d'une femme de 48 ans atteinte depuis 15 ans d'une cystite caractérisée par une miction fréquente et douloureuse et par la présence de mucus, de pus et de gravier phosphatique dans l'urine. Tous les moyens ordinaires de traitement ayant échoué, Gay fendit, avec des ciseaux chauffés au rouge sombre, toute la cloison vésico-vaginale, depuis le méat urinaire, jusqu'au col de l'utérus. L'opération n'eut pas de suites fâcheuses. La malade fut complètement guérie et put vaquer à ses affaires pendant les quatre dernières années de sa vie. J.-B. H.

X. — Homme de 20 ans, sans hérédité tuberculeuse; en 1881, à la suite d'un coup sur le testicule droit, épididymite tuberculeuse ; en 1883, début de la tuberculose vésicale : miction fréquente, douloureuse, se terminant par l'émission de quelques gouttes de sang. En décembre 1885, Reverdin est consulté par le malade qui réclame l'ablation du testicule. Le canal déférent était pris dans toute sa longueur ; la prostate présentait quelques nodules ; la tuberculose vésicale contre-indiquait d'ailleurs l'opération. Des instillations de nitrate d'argent firent cesser les hématuries. Un an plus tard, à la suite d'une fièvre typhoïde (?), aggravation des troubles vésicaux : mictions toutes les demi-heures excessivement douloureuses et toujours terminées par l'émission de sang. De plus, les urines étaient troubles. État général d'ailleurs bon. Sur les instances du malade, Reverdin pratiqua la taille hypogastrique le 25 janvier 1887 sans le ballon de Petersen. Dans la cavité vésicale, à l'aide d'une petite lampe électrique il découvrit à gauche 3 granulations et une ulcération en coup d'ongle ; à droite, vers le col, une petite surface fongueuse. Le tout fut raclé avec la curette et cautérisé énergiquement avec le thermocautère.

Malgré divers pansements, plusieurs cautérisations, une suture indirecte des agglutinatifs, la plaie vésicale n'offrait aucune tendance à se fermer.

Le 23 juin, large excision des bords de la fistule, séparation par décollement de la vessie et de la paroi abdominale, suture vésicale à 2 étages ; suture des muscles, suture de la peau, sonde à demeure. Cette nouvelle opération, bien que la réunion par première intention n'ait pas été obtenue, a cependant donné un résultat satisfaisant puisqu'il ne reste actuellement qu'une fistulette qui, à plusieurs reprises, s'est fermée pour être remplacée par une autre. En juillet, épididymite tuberculeuse gauche ayant donné lieu à un foyer de ramollissement dans lequel on fait des injections d'éther iodoformé, mais l'ouverture est encore fistuleuse. Le malade a engraissé, il urine encore le jour toutes les demi-he ures pour éviter le passage de l'urine par la fistule ; pour la même raison, il garde une sonde à demeure la nuit.

Depuis le jour de l'opération, il n'a plus souffert en urinant et l'urine claire ne contient que de rares flocons. Les tissus excisés lors de l'opération de la fistule renferment des bacilles tuberculeux. J. B.

XI. — La blessure du péritoine est devenue extrêmement rare, grâce au ballonnement rectal, à la distension vésicale et au refoulement avec le doigt du tissu cellulaire anté-vésical. Cependant, s'il se produit, la conduite du chirurgien variera suivant l'étendue de la plaie péritonéale.

Si elle est petite (simple ponction, sans hernie épiploïque ou intestinale), un tampon de gaze iodoformée, quelques sutures des parties molles à l'angle supérieur de la plaie cutanée, et enfin un bandage compressif suffiront. Si elle est grande (hernie intestinale ou épiploïque), après réduction il faudra suturer le cul-de-sac au catgut. Enfin, comme dernière précaution, le drainage vésical avec les deux tubes de Perier-Guyon met plus sûrement l'opéré à l'abri d'une infiltration d'urine consécutive que la suture de la vessie, du moins en l'état actuel de la chirurgie. R. JAMIN.

XII. — Dans cette étude détaillée de la pratique actuelle de Guyon, les auteurs démontrent que, pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent l'opération, alors que des accidents septicémiques ou l'infiltration d'urine sont à craindre, les tubes de caoutchouc à courbure fixe, méthodiquement placés et fixés, détournent complètement l'urine et, aidés de l'antisepsie, mettent à l'abri de toute complication opératoire. Dans la seconde période, le chirurgien n'a qu'un but : hâter la cicatrisation complète de la vessie pour assurer la solidité définitive de son oblitération ; on satisfait à cette seconde indication par l'emploi régulier de la sonde à demeure.

Enfin, Clado et Nourric pensent que la suture totale de la vessie ne remplacera le drainage hypogastrique que quand elle aura sûrement le pouvoir de déterminer la fermeture solide, facile et hermétique de la vessie, c'est-à-dire de préserver la vie du malade. R. JAMIN.

XIII. — A propos d'un malade opéré d'un énorme épithélioma de la vessie, et dont ils relatent en détail l'observation, Engelbach et Rollin décrivent les modifications récentes apportées par leur maître à la suture partielle, et par suite au drainage de la vessie. La principale, c'est qu'aujourd'hui Guyon suture la vessie et les muscles droits dans les parties supérieure et inférieure de la plaie, de façon que les tubes à drainage sortent, non plus par l'angle inférieur de la plaie vésicale, mais à peu près par son milieu. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose des droits sont suturés au fil d'argent dans toute la partie supérieure de l'incision jusqu'aux tubes et ceux-ci sont fixés aux lèvres cutanées de la plaie en leur point d'émergence. Ces modifications assurent un drainage parfait, de telle sorte que le pansement n'est jamais mouillé à aucun moment de la cicatrisation, et en outre elles empêchent d'une manière certaine l'éventration consécutive. R. JAMIN.

XIV. — Guiard, s'appuyant sur des expériences et observations personnelles, préconise : 1° la suture partielle de la plaie vésicale au catgut avec tubes-drains accolés, dont la double section représente un ovale et non un 8 de chiffre ; 2° l'emploi des fils suspenseurs, laissés en place depuis l'opération, pour rapprocher ultérieurement les bords de l'ouverture vésicale après l'enlèvement des tubes ; 3° enfin, la suture secondaire des téguments à l'aide des fils d'argent d'attente placés au moment même de l'opération pendant le sommeil chloroformique.

Si la vessie n'exige pas un repos fonctionnel absolu et prolongé, il faut selon Guiard : 1° enlever les tubes de bonne heure (3e ou 4e jour); 2° essayer la suture totale, en deux temps successifs, de la vessie et des téguments. R. JAMIN.

XV. — Brenner a abandonné toutes les variétés de sutures linéaires pour une sorte de suture en bourse. Son procédé est le suivant : A 2 ou 3 millimètres des bords de la plaie vésicale, il passe un fil dans le tissu sous-muqueux. Il pique à l'un des angles de la plaie et, faisant alternativement sortir et rentrer son aiguille, il contourne toute la plaie de manière à ce que le second chef vienne sortir à côté du premier. Il faut prendre garde à ne pas piquer la muqueuse elle-même. Puis il place un second fil de la même façon dans la musculeuse. On comprend que, lorsqu'on viendra à serrer les fils, les bords de la plaie se fronceront comme une bourse. Quand on noue le premier fil, la mu-

queuse renversée du dehors s'adosse à elle-même; puis elle est recouverte par la musculeuse quand on sort le second fil. L'auteur a fait une première série d'expériences cadavériques; après avoir fait sa suture, il a poussé des injections forcées dans la vessie : la suture a résisté et la vessie s'est rompue à côté. Une seconde série de 6 expériences a porté sur des chiens. Le résultat a été parfait dans tous les cas. Cette suture, qui a l'énorme avantage d'être hermétique, en présente encore d'autres. Elle fournit dès le début à la musculature de la vessie un point d'appui qui lui permet de se contracter, et rend ainsi inutile l'emploi de la sonde à demeure. Son seul inconvénient, c'est de réduire un peu la capacité de la vessie. PIERRE DELBET.

XVI. — Voici les conclusions qu'Ullmann déduit des expériences qu'il a faites :

1° On peut produire une rupture de la vessie sur le cadavre en injectant même une quantité modérée de liquide, 540 centimètres cubes dans un cas, 360 centimètres cubes dans un autre cas. Dans les deux cas, il y avait du pus dans la vessie; dans le premier, Ullmann trouve au microscope une infiltration de petites cellules dans la muqueuse, et une dégénérescence granuleuse de la tunique musculaire; dans le second, une dégénérescence graisseuse de cette même tunique.

2° Quelques vessies supportent une énorme distension, sans qu'il s'ensuive une rupture; dans un des cas de l'auteur, elle ne se déchira qu'après 2,070 centimètres cubes de liquide, dans un autre de Dittel, après 5,000 centimètres cubes.

3° La rupture fut intra-péritonéale ou extra-péritonéale sans règle précise; dans le premier cas, elle était située à la partie postérieure, dans le dernier, à la partie antérieure de la vessie. Si le rectum était distendu par une grande quantité de liquide (500 centimètres cubes), la vessie se déchirait rarement sur sa paroi postérieure.

4° Les ruptures avaient en général l'aspect de plaies longitudinales et étaient situées pour la plupart sur la ligne médiane, rarement, obliquement ou transversalement. Une rupture ayant l'aspect d'un trou, ne fut observée qu'une fois.

5° C'est d'abord la muqueuse qui semble céder la première, puis la tunique musculaire, et enfin la séreuse.

6° Les ruptures multiples sont rares. Ullmann en a vu deux cas seulement; dans ces cas, il y avait une rupture intra-péritonéale complète et une rupture extra-péritonéale incomplète.

7° Les résultats sont les mêmes, qu'on remplisse la vessie, l'abdomen étant ouvert ou non. Lorsqu'on emploie le ballon de Petersen et qu'on ouvre l'abdomen, les ruptures extra-péritonéales sont plus fréquentes.

8° Les diverticules de la vessie favorisent les ruptures.

9° Le péritoine se déchire plus largement que les tuniques sous-jacentes.

D'autre part, Ullmann a trouvé les microbes du pus, le staphylococcus entre autres sur la muqueuse vésicale d'animaux sains (chien et lapin), et a cherché à découvrir la raison pour laquelle l'urine qui tombe dans le péritoine produit tantôt de la péritonite, tantôt aucune réaction inflammatoire. De ses expériences, il résulte que de l'urine stérilisée n'a produit aucun désordre sur le péritoine, tandis que tous les animaux aux-

quels on injecte de l'urine riche en staphylococcus succombent à la péritonite suppurée. BARBE.

XVII. — D'un grand nombre d'examens macroscopiques et microscopiques, il résulte, pour Clado, que la granulation tuberculeuse naît dans la vessie, non pas aux dépens de la couche sous-muqueuse, comme l'ont admis la plupart des auteurs jusqu'à ce jour, mais bien dans la muqueuse même, et particulièrement dans la partie du tissu muqueux qui est en contact avec l'épithélium de la vessie, en d'autres termes, dans les couches les plus superficielles. Clado croit que l'infection tuberculeuse se produit par la circulation sanguine (lacis capillaire sous-épithélial), beaucoup plus souvent que par la voie urétrale ou uretérique. R. JAMIN.

XVIII. — Cette observation est l'histoire d'un homme, dont la première hématurie, à allures franchement néoplasiques, s'était produite à l'âge de 19 ans. Puis, pendant 24 années, la dégénérescence vésicale n'avait manifesté sa lente évolution par aucun phénomène local, sauf quelques douleurs au niveau du rein gauche : urines claires et limpides, mictions normales durant cette longue période. C'est donc vers l'âge de 43 ans que reparaît l'hématurie, en même temps que l'état général s'aggrave de plus en plus. Cette hématurie dure un mois, cesse pendant 8 jours, puis reprend pour un mois encore, c'est-à-dire jusqu'à la mort du malade, qui survient au milieu de phénomènes de cachexie profonde.

A l'autopsie : un peu d'hydronéphrose du rein gauche, et masse dure, squirreuse, ni ulcérée, ni végétante, présentant à la coupe au moins 2 centimètres d'épaisseur et infiltrant tout le plancher de la vessie, surtout le trigone. R. JAMIN.

XIX. — Adoptant en partie la classification d'Ultzmann, modifiée par Keyes, Pousson range les calculs de la vessie en trois groupes :

1° Calculs *primaires :* ils se développent dans une urine acide, ou du moins non alcaline; ce sont ceux d'acide urique, d'urates (soude, potasse, chaux), d'oxalate de chaux, de cystine, de xanthine, etc...

2° Calculs *secondaires :* ils prennent naissance dans une urine alcaline et sont symptomatiques de lésions inflammatoires de la muqueuse urinaire; ils comprennent ceux de phosphates (ammoniaco-magnésien, tricalcique, de chaux), d'urate d'ammoniaque, d'urostéalithe.

3° Calculs *alternants*, composés de différentes couches stratifiées et se développant dans une urine alternativement acide et alcaline.

Les calculs qui se rencontrent le plus *fréquemment* sont ceux d'acide urique et d'urates divers (557 fois sur 874), de phosphates ammoniaco-magnésien et de chaux mélangés et d'oxalate de chaux. Ceux qu'on observe plus *rarement* sont ceux de phosphate ammoniaco-magnésien sans chaux, de phosphate de chaux simple, d'urate d'ammoniaque, d'urate de magnésie et de carbonate de chaux. Enfin, ceux qu'on a signalés *exceptionnellement* sont formés de cystine (57), de xanthine (9), d'urostéalithe (4), d'indigo (un seul cas). R. JAMIN.

XX. — Femme de 42 ans. Prolapsus complet de l'utérus pendant 3 ans, maintenu depuis un an par un pessaire. Calcul vésical, dont un des diamètres, mesuré avec une pince à pansement, paraît avoir 27 millimètres, ce qui décide Cauchois à tenter l'extraction par l'urètre.

Opération le 23 mai. Sous le chloroforme, dilatation graduelle de l'urètre, en 10 minutes, avec six bougies rectales en caoutchouc durci, dont la dernière avait 42 millimètres de diamètre. Tenettes introduites dans la vessie

guidées sur le doigt. Extraction facile. Deux gros drains laissés à demeure sont enlevés le 5e jour. Pas d'incontinence.

Pozzi fait suivre cette observation d'un résumé de l'observation qui lui est personnelle et qui a servi de guide à Cauchois; il s'agissait d'un calcul de 38 millimètres sur 50 qui fut extrait par l'urètre sans incontinence consécutive. MAURICE HACHE.

I. — Clinical Observations on Endoscopy of the Male Urethra par Hermann KLOTZ (*New York Med. Journ.*, 27 *novembre* 1886).

II. — Ueber Resection des Urethra bei Stricturen, par HEUSNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 367, 30 *mai* 1887).

III. — Zur operativen Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre (Traitement chirurgical de l'incontinence urétrale chez la femme), par Otto ENGSTROM (*Ibidem*, *n°* 40, *p.* 744, 3 *octobre* 1887).

IV. — Étroitesse congénitale du méat : ses complications, par E. DESNOS (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *septembre* 1887).

V. — Circumcision for the cure of enuresis (Circoncision pour incontinence d'urine), par S. ADAMS (*Journ. of. Americ. Med. Assoc.*, *p.* 631, 4 *juin* 1887).

I. — Ce mémoire constitue un long plaidoyer en faveur de l'examen endoscopique de l'urètre chez l'homme, non pas avec l'instrument de Désormeaux, mais avec une série de simples tubes d'argent ou de caoutchouc durci, analogues à ceux qu'ont préconisés Gruenfeld, Steurer et Auspitz. L'auteur applique l'endoscopie au traitement, non seulement de l'urétrite chronique, dont il aurait guéri ainsi 61 cas sur 88, mais aussi des rétrécissements du canal. De même, grâce à l'éclairage intra-urétral, il a pu apercevoir le fin pertuis de certaines strictures considérées comme infranchissables et y introduire la bougie filiforme qui permet ultérieurement la dilatation ou l'urétrotomie interne. R. JAMIN.

II. — Sans connaître le travail de Kœnig sur le même sujet (*Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, XVI, 1882), Heusner a publié (*R. S. M.*, XXIV, 346), en 1883, une première opération de résection partielle de l'urètre dans un cas de rétrécissement. Ce malade a succombé, quelques années plus tard, à une affection des reins; à l'autopsie, une fine cicatrice linéaire de l'urètre était le seul vestige de l'opération faite par Heusner.

Voici maintenant une seconde opération analogue. Elle concerne un homme de 38 ans, ayant un rétrécissement traumatique pour lequel, un an après l'accident, on lui avait pratiqué d'abord l'urétrotomie externe, puis la dilatation forcée, sans succès durable.

Heusner fendit la portion rétrécie comprenant le bulbe et une partie de la portion membraneuse, puis il l'excisa sur une longueur de 2 centimètres; il eut de la peine à la séparer de l'arcade pubienne à laquelle la soudait un tissu cicatriciel.

Les deux tronçons de l'urètre étaient distants d'environ 3 centimètres; le postérieur se laissait très peu attirer en avant. A l'aide de ciseaux, Heusner détacha le tronçon antérieur, sur une étendue de 1 1/2 centimètre de l'arcade pubienne et des corps caverneux. L'ayant amené ensuite au contact du tronçon postérieur, il l'y fixa par cinq points au catgut. Fermeture et drai-

nage de la plaie périnéale. Sonde à demeure durant treize jours. La réunion de la plaie extérieure se fit en majeure partie par première intention, mais il n'en fut pas de même pour l'urètre. A partir du cinquième jour, une partie de l'urine s'écoulait au niveau du drain. A l'avenir, pour éviter cet accident, Heusner compte, suivant le conseil de Kœnig, ne pas mettre de sonde à demeure. Nonobstant, la guérison se fit rapidement. Le trente-cinquième jour, la fistule périnéale n'avait que les dimensions d'une aiguille et l'urètre admettait le n° 24 de la filière des sondes. Trois ans dès lors se sont passés et le résultat est toujours aussi bon. Heusner ajoute qu'après son opération il ne fait jamais de dilatation. J. B.

III. — Frank (*Centralbl. f. Gynaek.*, 1882, n° 9) et Winkel, indépendamment l'un de l'autre, ont proposé, en cas de dilatation et de relâchement de l'urètre féminin, une opération consistant à rétrécir ce conduit par dilatation d'un tronçon cunéiforme comprenant toute l'épaisseur de la paroi postérieure de l'urètre.

Engström, considérant que, si cette opération n'était pas suivie de réunion par première intention, elle ne pourrait qu'empirer l'état de la malade, a imaginé de lui faire subir la modification suivante : Au lieu d'enlever toute l'épaisseur de la cloison urétro-vaginale, il laisse intacte la muqueuse de l'urètre. J. B.

IV. — Deux observations de rétrécissement congénital du méat montrent la gravité des accidents auxquels sont parfois exposés les individus porteurs de ce vice de conformation :

1° Homme de 43 ans, ayant un méat situé assez haut sur le gland et qui n'admet que l'olive exploratrice n° 7 (fil. Charrière). Au milieu d'un état général grave, ce malade présente de la rétention d'urine et de l'incontinence par regorgement, ainsi que de l'infiltration dans les tissus péniens et scrotaux, avec menaces de sphacèle du fourreau de la verge. Les tissus infiltrés ayant été largement incisés et débridés, on retire par là deux calculs, emboîtés l'un dans l'autre : l'antérieur a un noyau urique, le second est entièrement phosphatique. Débridement du méat avec l'urétrotome de Civiale; sonde à demeure et guérison.

2° Homme de 32 ans, présentant la même malformation congénitale, et ayant depuis l'enfance des mictions difficiles; jamais de blennorrhagie, ni de traumatisme urétral. Néanmoins, il se forme des abcès au périnée et dans le sillon balano-préputial; bientôt s'établissent en ces points des trajets fistuleux par où s'écoule l'urine. L'incision du méat et le port de la sonde à demeure permirent à toutes ces fistules de se fermer et tout rentra dans l'ordre. R. JAMIN.

V. — Adams, dans tous les cas d'incontinence nocturne qu'il a traités chez les enfants, a trouvé des lésions pathologiques du prépuce, allongements, adhérences, ulcérations. L'affection, qui le plus souvent avait été traitée sans succès, disparaissait après la circoncision, plus rarement après la destruction simple des adhérences.

Magruder a observé l'incontinence chez les filles dans la proportion de une pour dix garçons; souvent il a trouvé de la vulvite, de la vaginite, des adhérences du clitoris; le traitement médical réussit mieux que chez les garçons. Il a observé un garçon de trois semaines, qui depuis sa naissance n'avait pas encore passé une bonne nuit et était en état de priapisme constant: le prépuce était adhérent sur tout le gland; la destruction de ces adhérences amena une guérison rapide.

MAUBRAC.

I. — De l'hydrocèle vaginale à prolongement abdominal ou hydrocèle en bissac, de Dupuytren, par BAZY (*Arch. de méd.*, 1887).

II. — De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode, par BAILLET (*Thèse de Paris*, 1887).

III. — *Idem*, **par THIÉRY** (*Gaz. méd. de Paris*, 30 *avril* 1887).

IV. — Cocaïn bei Operation der Hydrocele, par MARTI (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, *p.* 315, 15 *mai* 1887).

V. — Traitement de l'hydrocèle, par POLAILLON (*France méd.*, *p.* 906, 28 *juin* 1887).

VI. — Du traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorure de zinc, par LEROUD (*Thèse de Paris*, 1887).

VII. — Traitement de l'hydrocèle, par P. RECLUS (*Semaine méd.*, 20 *juillet* 1887).

VIII. — Curative treatment of vaginale hydrocele by corrosive sublimate, par James MILLER (*Lancet*, 4 *décembre* 1886).

IX. — Contribution à l'étude des altérations du testicule ectopique et de leurs conséquences, par MONOD et ARTHAUD (*Arch. gén. de méd.*, 1887).

X. — Transplantation of an undescendent testicle, par T. BELFIED (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 15 *juillet* 1887).

XI. — Fibrome énorme de la queue de l'épididyme droit, par A. PONCET (*Gaz. des hôp.*, 17 *mai* 1887).

XII. — Note sur un cas de liomyome du testicule, par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, 25 *septembre* 1887).

XIII. — Ein Fall von Myoma striocellulare am Hoden (testicule), par E. NEUMANN (*Arch. f. path. Anat.*, *CIII*, *Heft* 3, *p.* 488).

I. — Les symptômes de cette hydrocèle sont ceux des hydrocèles, avec cette différence cependant qu'il existe un prolongement abdominal à travers le canal inguinal. Le volume du prolongement abdominal peut être considérable. Dans l'observation publiée par l'auteur, il dépassait de beaucoup l'ombilic et la ligne médiane. Il peut y avoir aussi un prolongement pelvien. Cette variété d'hydrocèle n'a pas été traitée jusqu'ici par un procédé en rapport avec les progrès de la chirurgie moderne. L'injection iodée n'est pas applicable en raison des dimensions de la poche, qui peut renfermer 4 ou 3 litres de liquide. Par l'ablation de la poche, on peut obtenir la guérison en 8 à 10 jours. L'auteur conseil donc l'énucléation.

Au point de vue de la pathogénie, Bazy admet, avec Duplay, la théorie donnée par Chelius, d'après laquelle cette hydrocèle se développerait dans le conduit vagino-péritonéal oblitéré seulement au niveau de l'orifice inguinal profond. RICHARDIÈRE.

II, III, IV. — Les auteurs de ces trois notes préconisent l'emploi de la cocaïne pour supprimer les douleurs et ses conséquences dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. Baillet infuse 50 centigrammes dans 30 grammes d'eau, Thiéry une solution au cinquième ou au dixième, Marti une solution de 10 centigrammes par 30 grammes.

Cette injection, faite une demi-heure avant l'injection iodée, supprime toute douleur. OZENNE.

V et VI. — En faveur du traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorure de zinc, Leroud donne le résumé de 53 observations qui lui ont été fournies par Polaillon.

Suivant que l'hydrocèle est très volumineuse, de moyen volume, ou petite, le manuel opératoire est variable. Dans le premier cas, on vide la poche, et trois ou quatre jours après on pratique l'injection. Dans l'hydrocèle de moyen volume, on fait l'injection immédiatement après la ponction du liquide ; enfin, si l'on a affaire à un petit épanchement, on ne laisse écouler que quelques grammes de liquide, avant d'injecter la solution modificatrice.

Dans les trois cas, une solution au dixième peut être employée ; la quantité à injecter varie entre une seringue entière de Pravaz et le quart de cette seringue suivant le volume de l'hydrocèle ; installation lente, goutte par goutte, malaxation de la tunique vaginale pendant et après l'opération sont les précautions recommandées. La réaction est ordinairement peu prononcée et le séjour au lit inutile. Sur les 53 cas observés, il y a eu 7 récidives et 23 fois quelques accidents légers ; jamais de suppuration ni de phénomènes inflammatoires du côté des bourses, de l'épididyme et des testicules. — La guérison serait relativement prompte.

OZENNE.

VII. — 1° La ponction suivie d'injection iodée est une opération excellente et qui doit rester le procédé de choix. C'est à elle qu'il faut recourir dans les hydrocèles simples.

2° L'incision antiseptique des bourses, procédé plus délicat, ne sera préférée que dans les hydrocèles congénitales et multiloculaires lorsque l'épanchement se complique de corps étrangers et surtout lorsque l'hydrocèle a récidivé et que les parois de la vaginale sont indurées et épaissies. A. C.

VIII. — Après avoir ponctionné l'hydrocèle, Miller injecte dans la tunique vaginale quinze gouttes d'une solution de sublimé à 1/500 ; aucun symptôme inflammatoire ne se manifeste, le malade peut reprendre ses occupations dès le lendemain, et l'épanchement ne se reproduit pas. Suivent quatre observations d'hydrocèles traitées par ce procédé. H. B.

IX. — Trois examens histologiques de testicules ectopiques ont permis aux auteurs de constater que l'ectopie s'accompagne presque toujours d'un certain degré d'atrophie de la glande. Cette atrophie augmente avec l'âge. Il faut enfin admettre que l'atrophie et l'infécondité ne sont pas nécessairement liées à l'ectopie ; elles peuvent exceptionnellement faire défaut.

On pourrait distinguer trois stades nettement séparés dans l'évolution du testicule ectopique. Dans une première période, le testicule et ses annexes sont en état de fonctionner ; la spermatogénèse et l'excrétion du sperme peuvent se faire comme à l'état normal. Dans une deuxième période, on voit se produire, sous l'influence des traumatismes et des progrès de l'âge, l'induration fibreuse du corps d'Highmore qui met obstacle à l'issue du sperme et entraîne l'infécondité, quoique la spermatogénèse puisse ne pas être

totalement supprimée. Dans la troisième période, survient la sclérose systématique du parenchyme d'après un type qui rappelle celui du testicule sénile. RICHARDIÈRE.

X. — Un homme de 20 ans dans sa 13e année constata une petite grosseur dans son aine droite. Cette tumeur augmenta de volume et devint douloureuse surtout par le mouvement. Lors de l'opération, on vit que c'était un testicule bien développé, sur le milieu du ligament de Poupart juste en dehors de l'anneau inguinal externe. Le côté droit du scrotum n'était pas développé. Les enveloppes du testicule furent disséquées, la glande et son cordon furent libérés et le testicule introduit dans le scrotum au fond duquel on le fixa. Après guérison, le testicule était à la partie supérieure du scrotum juste au-dessus de l'arc pubien, mobile dans ses tuniques : les fonctions génitales s'accomplissent sans douleur. MAUBRAC.

XI. — Homme de 57 ans. Blennorrhagie à 47 ans. Il y a 2 ans, coup sur le testicule et à partir de ce moment développement d'une tumeur à droite. En 2 mois, la tumeur avait acquis le volume du poing. A son entrée à l'hôpital (oct. 1885), la tumeur a le volume d'une tête d'enfant, prend naissance sur l'épididyme, laissant le testicule libre et intact ; tumeur dure, indolente sans adénite.

Castration. Dix-huit mois après, la guérison s'est maintenue absolue. La tumeur pèse 1,125 grammes, a la dureté d'un fibrome ; à l'examen histologique, elle est constituée en totalité par du tissu conjonctif qui affecte, en de nombreux points, une forme fasciculée, coupée par des amas de cellules connectives. C'est un fibrome pur. A. C.

XII. — Cette tumeur, extrêmement rare dans le testicule, a été extirpée, chez un homme de 35 ans ; la tumeur était apparue à la suite d'un traumatisme des bourses. On avait admis un sarcome épididymaire ; il s'agissait, comme l'a prouvé l'examen histologique, d'un lio-myome du volume d'un œuf de pigeon. Le testicule est sain.

Condamin admet que cette tumeur s'est formée aux dépens des fibres musculaires lisses de l'épididyme. A. C.

XIII. — La tumeur, développée sur le testicule d'un jeune homme de 18 ans, siégeait à la partie inférieure du testicule, avait un diamètre à peu près double de cet organe et se trouvait dans les bourses en dehors de de la tunique vaginale. Elle était constituée par un tissu conjonctif peu abondant dans lequel se trouvaient des fibres musculaires striées, les unes d'apparence embryonnaire, les autres presque complètement développées ; quelques-unes même ayant subi la dégénérescence cireuse ou l'atrophie. La plupart présentaient des renflements et des étranglements et se terminaient par des extrémités renflées munies de noyaux et semblant être les cellules qui avaient donné naissance à la fibre musculaire. Étant donné l'âge du sujet, il est très vraisemblable que la tumeur est due au développement d'un germe musculaire aberrant, provenant vraisemblablement du gubernaculum. P. GALLOIS.

De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau servant au pansement des plaies, par Léon TRIPIER (*Lyon médical* 1887, *et Revue méd. Suisse romande*, *VII*, 689, *décembre* 1887).

Depuis 5 ans que Tripier chauffe ses instruments (*R. S. M.*, XXIII, 259), il n'a plus observé un cas de septicémie gangréneuse foudroyante.

Ayant reconnu que le matériel de pansement (coton benzoïque, étoupe salicylée) contient encore des micro-organismes, pour le stériliser, Tripier recourt à la vapeur sous pression, au moyen de l'autoclave de Chamberland. Après avoir été soumis 20 minutes à une température

d'au moins 115°, les paquets de coton ou de gaze sont placés dans un four chauffé au gaz qui sert à la fois de séchoir et de magasin pour conserver les objets stérilisés jusqu'au moment de s'en servir.

L'eau destinée au lavage des plaies est filtrée par des bougies Chamberland et, du réservoir collecteur, des tuyaux l'amènent pure, ou mélangée de désinfectants, jusqu'au contact des plaies, sans que, chemin faisant, les germes atmosphériques aient pu y pénétrer. J. B.

I. — Valeur du signe de Westphal (Perte du réflexe rotulien chez les diabétiques au point de vue chirurgical), par Paul REYNIER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, XIII, *p.* 444-454, 1887).

II. — Zur Revision der Lehre über die Vornahme grosser Operationen bei diabetischem Brand (Revision des principes qui concernent l'intervention opératoire dans la gangrène diabétique), par F. KÖNIG (*Cent. f. Chirurg.*, *n.* 13, 1887).

I. — Reynier a étudié ce réflexe rotulien sur 8 diabétiques atteints de lésions chirurgicales diverses: 3 dont les réflexes étaient intacts ont guéri; un quatrième, dont les réflexes très diminués au début ont reparu sous l'influence du régime, a également guéri; les 4 autres, qui avaient totalement perdu le réflexe rotulien, ont succombé. Reynier en conclut que, lorsqu'on est forcé d'intervenir chez un diabétique, il faut rechercher avec soin les réflexes et particulièrement le réflexe rotulien. L'absence de ce réflexe doit empêcher de toucher au malade à moins d'absolue nécessité et doit faire porter un pronostic grave; sa présence peut donner un peu moins de crainte, tandis qu'en cas de diminution il faut attendre, et porter un pronostic réservé. L'abolition du réflexe rotulien paraît être l'indice d'une atteinte profonde de la nutrition qui se traduit localement par une tendance au sphacèle.

Berger rapporte plusieurs autres observations qui confirment les idées émises par Reynier, et qui rappellent l'attention sur la valeur chirurgicale de l'abolition du réflexe dans d'autres maladies que le diabète, dans l'albuminurie, par exemple. MAURICE HACHE.

II. — La première indication thérapeutique dans les cas d'affections inflammatoires et nécrosiques, c'est d'améliorer la santé générale. Aux inflammations et à la gangrène chez les diabétiques, il faut opposer avant tout un traitement antidiabétique.

La méthode antiseptique donne moins de résultat chez les diabétiques que chez ceux qui ne le sont pas. Mais ce n'est pas à dire qu'elle soit nuisible, et il faut l'appliquer avec une excessive rigueur.

On admet en Allemagne que les grandes opérations, particulièrement les amputations, doivent être évitées tant que les symptômes du diabète persistent. Un grand nombre de malades atteints de gangrène diabétique se relèvent sous l'influence d'un traitement normal antidiabétique, et d'un traitement local antiseptique, mais ce serait se tromper que de croire qu'il en est toujours ainsi. Il est des cas où malgré le traitement le plus rationnel, les symptômes généraux et locaux s'aggravent si bien que la mort est inévitable, si l'on n'intervient pas d'une manière plus active. Dans deux cas de ce genre, König a pratiqué l'amputation de jambes, le sucre a disparu et les malades ont guéri aseptiquement.

Dans les deux cas, les artères étaient fortement athéromateuses. S'agissait-il de vrais diabétiques, ou bien la présence du sucre était-elle due à la gangrène ? L'auteur n'ose le décider ; mais il donne la règle suivante : Si, dans une gangrène diabétique, les symptômes généraux et locaux s'aggravent en dépit du traitement antidiabétique et antiseptique, il faut entreprendre, avec une antiseptie vigoureuse, l'opération radicale qui seule peut sauver la vie au malade. PIERRE DELBET.

Ligatur beider Arteriae linguales wegen angeborener Makroglossie , par F. FEHLEISEN (*Berlin. klin. Woch., n°* 50, *p.* 941, 12 *décembre* 1887).

Considérant que la macroglossie congénitale n'est autre chose qu'un lymphangiome dont la structure est très analogue à celle de certains éléphantiasis, Fehleisen a eu l'idée de lui appliquer le traitement chirurgical qui a réussi dans l'éléphantiasis des membres inférieurs, à savoir la ligature artérielle.

Fillette âgée de 13 mois, qui n'a jamais pu prendre régulièrement le sein, à cause de poussées répétées de glossite ; actuellement, la langue dépasse les lèvres d'un bon centimètre. Le 26 août 1886, Fehleisen pratique la ligature des deux artères linguales d'après le procédé de Pirogoff, attribué à tort tantôt à Guérin, tantôt à Hueter.

Le lendemain de l'opération, la langue était revenue à peu de chose près à ses dimensions normales. Mais, les jours suivants, elle se tuméfia de nouveau en prenant une coloration rouge bleu foncé. Cette cyanose ne disparut qu'au bout d'une semaine et dès lors la langue commença à diminuer lentement de volume.

Un an après l'opération, la langue ne dépasse plus les lèvres, mais est encore visible quand la bouche est entr'ouverte. Pour parler, l'enfant la retire en arrière des arcades dentaires. L'alimentation s'opère normalement.

En résumé, si l'opération n'a pas ramené un état de choses absolument normal, elle a non seulement empêché un nouveau développement de l'organe, mais encore en a notablement réduit les dimensions.

Fehleisen estime qu'il y a lieu d'essayer encore cette opération (vu son innocuité) surtout chez les jeunes enfants, d'autant plus que l'excision cunéiforme ne donne pas toujours, en fin de compte, des résultats parfaitement satisfaisants. J. B.

Ueber die operative Behandlung der Narbencontracturen der Hand (Traitement chirurgical des cicatrices de la main), par C. JUENGST (*Deutsche med. Woch., n°* 43, *p.* 929, 1887).

Juengst a traité 3 sujets (âgés de 2 ans, 14 ans et 17 ans) atteints de cicatrices vicieuses de la paume de la main avec flexion des doigts, consécutives à des brûlures. Il a eu recours à l'autoplastie par la méthode italienne.

Il fait à la peau une large incision, puis divise sur plusieurs points le tissu de cicatrice de façon à étendre complètement les doigts. D'autre part, il taille à la partie latérale du thorax du côté opposé un lambeau pédiculé, dont la dimension correspond à la perte de substance de la main et même la dépasse un peu, et fixe ce lambeau sur la main à l'aide de sutures au catgut.

La main est fixée au thorax par un pansement inamovible pendant 16 jours, puis on coupe le pédicule.

Les résultats sont aussi satisfaisants que possible. L. GALLIARD.

Un cas de greffe animale avec la peau de grenouille, par ESTOR (*Montpellier médical*, 16 *novembre* 1887).

Un érysipèle phlegmoneux de la face antérieure du thorax chez un homme de 25 ans laisse une plaie très étendue qui, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, ne cicatrise pas ; le tissu cicatriciel à peine formé devenait le siège d'ulcérations. Cet état dure depuis 5 mois quand la greffe animale avec la peau de grenouille est pratiquée. Au premier pansement, la greffe a échoué partout où la suppuration a persisté, réussi au contraire partout où elle n'existe plus. La greffe est renouvelée à divers reprises et la cicatrisation est complète au bout d'un mois. A. DUCAMP.

Seven cases of buccal tuberculosis (Sept cas de tuberculose buccale), par DELAVAN (*New York med. journ.*, *p.* 536, 14 *mai* 1887).

La plus intéressante des 7 observations est celle d'un Irlandais, de 35 ans, atteint d'ulcération tuberculeuse primitive de la langue (sans tuberculose pulmonaire).

Ce malade éprouve de la douleur dans l'acte de la déglutition, depuis six semaines; il a suivi sans résultat un traitement antisyphilitique; il est robuste, bien portant en apparence. A la base de la langue, on trouve deux fissures à bords saillants et durs, situées au côté droit; pour les voir,il faut se servir du miroir laryngoscopique. La plus grande a une longueur d'un pouce. Elles sont douloureuses au toucher. Au centre de la plus grande ulcération, existent des granulations et, sur le bord, on découvre une masse grosse comme une amande. Pas de ganglions engorgés.

Dysphagie extrême, déglutition impossible; insomnie, anxiété. Cocaïne pour calmer la douleur ; iodure et acide phénique en applications.

On est forcé très rapidement de pratiquer l'excision de la totalité de la langue. Guérison. Pas de tuberculose pulmonaire. Le malade augmente de 35 livres.

L'examen histologique a démontré l'existence de tubercules linguaux.

L. GALLIARD.

Observation d'hémisection traumatique de la moelle cervicale par instrument tranchant, par VINCENT (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 *octobre* 1886).

Homme de 37 ans, ayant reçu la veille, dans la région de la nuque, un coup de couteau de poche qui a déterminé la perte de la connaissance; décubitus dorsal, tête inclinée à gauche à la région postérieure du cou ; à trois centimètres en dehors et à droite de la ligne médiane et au niveau de la troisième vertèbre cervicale existe une petite plaie transversale d'un centimètre de largeur, oblitérée par un caillot; parole libre, intelligence saine.

A droite, paralysie absolue du membre supérieur ; paralysie du deltoïde, intégrité du trapèze, de l'angulaire et du rhomboïde. Demi-paralysie du membre inférieur ; à gauche, mouvements intacts. Diaphragme non paralysé. Hémihyperesthésie interne droite générale, la face exceptée, hémianalgésie gauche remontant jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal.

Sens musculaire perçu des deux côtés; réflexe plantaire normal à droite, très exagéré à gauche. Pas d'érection; rétention d'urine qui donne la réaction du sucre. Pupille droite très contractée ; température plus élevée à droite.

Dans les jours qui suivent l'accident, on constate un écoulement de liquide céphalo-rachidien par la plaie, ainsi que l'a démontré l'analyse, puis peu à peu la diminution des accidents (rétention d'urine, glycosurie, phénomènes de paralysie et troubles de la sensibilité); au bout de 15 jours, l'amélioration est notable; cependant la motilité et la sensibilité du membre supérieur droit

ne sont pas entièrement recouvrées, malgré un traitement électrique, quelques semaines après l'accident. La guérison n'est donc qu'incomplète.

OZENNE.

Ueber Carcinome des Schlafenbeines (Du carcinome de l'os temporal), par F. KRETSCHMANN (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 231, 1887).

Cette étude clinique et anatomo-pathologique repose sur 16 cas, dont 4 observés par l'auteur. En voici les points essentiels :

Le cancer de l'os temporal appartient, en général, au genre épithéliome. Il paraît prendre son origine soit dans la peau du conduit auditif externe, soit dans le revêtement muqueux de la caisse du tympan. Il peut se développer consécutivement à une otite moyenne suppurée chronique, à la faveur de la prolifération inflammatoire des éléments de la muqueuse. Il ne tarde pas à apparaître au dehors, sous forme de végétations friables d'où suinte un liquide ichoreux. Il peut d'ailleurs envahir les différentes parties du temporal (labyrinthe, cavité cranienne, articulation temporo-maxillaire), comprimant ou détruisant les nerfs (facial, auditif, corde du tympan, trijumeau), et déterminant la thrombose dans les vaisseaux sanguins.

Il doit être distingué du sarcome, qui présente une physionomie clinique différente.

LUC.

I. — Ueber Sehnenverletzungen und ihre Behandlung (Blessures des tendons et leur traitement), par O. WITZEL (*Sammlung klin. Vorträge, n°* 291).

II. — Plaies des tendons. Greffe tendineuse, par MONOD (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 397-399, 1887).

I. — C'est le premier travail d'ensemble sur les lésions traumatiques des tendons. L'auteur étudie d'abord les ruptures sous-cutanées. Elles sont dues à un état pathologique du tendon. Depuis les recherches de Volkmann, on sait en quoi consiste cette lésion qui entraîne la fragilité des tendons. Quand on ne peut obtenir la juxtaposition des deux extrémités par un autre moyen, il faut en venir à la suture et le mieux est de la faire après la résorption du sang épanché.

Dans les déchirures ou les sutures des tendons, qui sont accompagnées de plaies, le point capital est la question de septicité. Ce qu'il faut savoir d'abord, c'est si la plaie est septique ou aseptique. A côté de cette question, les autres complications, les blessures secondaires des nerfs, des os ou des articulations ne sont rien. Tout guérit en effet dans de bonnes conditions d'asepsie. La question la plus importante, ensuite, est celle de l'écartement des deux bouts. Lorsque l'écartement est considérable et qu'on ne peut arriver par aucun des moyens ordinairement employés à amener le bout supérieur dans la plaie, l'auteur conseille, pour aller à sa recherche, de faire une incision même considérable, mais de la faire un peu en dehors du trajet du tendon. Il considère comme dangereux de chercher à tâtons en enfonçant des érignes ou des pinces dans la gaine. Pour la ténorrhaphie elle-même, Witzel emploie des aiguilles semblables à celles de Hagedorn et du catgut au sublimé. A un centimètre des surfaces d'avivement il place en croix deux anses de soudure, puis il affronte les surfaces d'avivement par deux points de suture. Vient ensuite

la suture de la gaine, qui est inutile lorsqu'on l'a incisée latéralement suivant le procédé que recommande l'auteur. Drainage, pansement immobilisateur. Quand la plaie est septique, il est inutile de tenter la suture primitive. Il faut la pratique, soit lorsque la plaie aseptisée granule (*ténorrhaphie intermédiaire*), soit après la cicatrisation complète (*ténorrhaphie secondaire*). Dans ce dernier cas, l'auteur recommande le procédé suivant : il fait une incision curviligne dont les deux extrémités se trouvent sur le trajet du tendon, tandis que le sommet de l'arc qui doit correspondre au point où se fera la suture en est éloigné. Il soulève le lambeau cutané et libère les extrémités tendineuses. Même après un temps assez long, l'affrontement des deux bouts reste possible lorsque le tendon sectionné émane d'un corps musculaire commun à d'autres tendons intacts. Dans le cas contraire, il peut être impossible d'amener les deux bouts au contact. Il faut alors soit tailler un lambeau tendineux, soit interposer entre les deux extrémités un corps étranger. Si l'on veut tailler un lambeau, il est préférable de le prendre sur l'extrémité périphérique. Toutefois on peut le prendre sur le bout central si la nécessité l'exige. On ne saurait dire encore quelle longueur maximum on peut donner au lambeau. Mais il est vraisemblable qu'elle peut être considérable, car un lambeau avec un bas pédicule a plus de chance de servir à la réparation qu'une tresse de catgut; or, on sait que Glück a pu obtenir cette réparation en réunissant par des tresses de catgut qui occupaient tout le dos de la main des tendons extenseurs coupés.

La vaginoplastie de Mollière, bien qu'elle ait donné un succès est singulièrement problématique. Quant au procédé qui consiste à greffer le bout périphérique sur un tendon intact, il ne faut l'employer qu'avec beaucoup de circonspection, car il y a peu de muscles qui aient un rôle assez analogue pour pouvoir être associés.

Après la suture, il faut autant que possible laisser le premier pansement 12 jours en place. Le 16e ou le 17e jour, il faut commencer les mouvements passifs. La cicatrice est solide au bout de 20 jours. Lorsqu'on a été obligé de tailler des lambeaux tendineux ou d'interposer un corps étrange, il faut attendre 4 semaines avant de commencer la mobilisation. PIERRE DELBET.

II. — Il s'agissait d'un malade qui avait eu le tendon du long fléchisseur du pouce coupé, avec un écart de plus de 5 centimètres entre les deux extrémités ; un fragment de tendon emprunté au jambier postérieur d'un lapin tué sur le champ, intercalé et fixé avec du catgut, a permis au tendon de recouvrer sa continuité et ses fonctions comme on peut s'en assurer sur le malade, qui est présenté à la Société.

La solution de sublimé dans laquelle le tendon de lapin a été plongé était trop chaude et le tendon était surchauffé et rigide, presque cuit. Ce détail montre qu'il ne s'agit peut-être pas d'une greffe véritable entre tissus vivants, mais plutôt d'un fait analogue aux restaurations tendineuses obtenues à l'aide d'un simple faisceau de catgut par Glück. MAURICE HACHE.

REVUE GÉNÉRALE.

PTOMAÏNES ET LEUCOMAÏNES

Par ROUSSY.

(*Suite.*)

DEUXIÈME PARTIE

LEUCOMAÏNES OU ALCALOÏDES DE LA VIE ANIMALE.

Au début de la première partie de ce travail, j'ai fait ressortir brièvement que les premiers pères de l'humorisme avaient émis l'opinion que l'organisme normal ou malade fabriquait, en plus ou moins grande quantité suivant les cas, des substances toxiques dont la rétention ou l'insuffisance d'élimination devait déterminer de véritables empoisonnements. Avec les progrès de l'observation, cette opinion n'a fait naturellement que se fortifier. Les sels, les acides et les bases furent tour à tour accusés de produire les plus graves désordres.

Aperçu historique. — C'est une chose bien remarquable qui démontre, une fois de plus, toute la clairvoyance que possédaient les anciens médecins que de les voir incriminer tout particulièrement les alcalis. Ainsi, pour eux, l'organisme animal fabriquait des alcalis dont l'accumulation amenait des intoxications. Toutefois, quelque justes qu'elles fussent, ces vues ne reposèrent que sur des preuves insuffisantes jusqu'à la fin du siècle dernier, les substances incriminées restant à isoler.

Ce n'est qu'en 1817 que fut obtenue la première base organique d'origine animale, la xanthine. Puis on découvrit, dans la suite, la créatinine, l'hypoxanthine, la guanine, la cornine, la bétaïne, etc.

Toutes ces belles découvertes avaient été faites sans que leurs auteurs parussent seulement songer au parti capital qu'ils pouvaient en tirer pour éclairer l'étiologie des maladies et la pathogénie. C'est là une preuve nouvelle et bien frappante qu'il est souvent bien plus facile de faire des découvertes que d'en saisir toute la portée. Cependant la découverte des alcalis que Seguin, Derosne, Sertuerner avaient faite dans les organismes végétaux, tout à fait au début du siècle, était bien de nature à faire réfléchir et à pousser l'esprit à établir un nouveau et lumineux parallèle entre le monde végétal et le monde animal. Mais un parti pris regrettable aveu-

glait les esprits les plus clairvoyants. Les végétaux auxquels on avait refusé, pendant de longues années et malgré les beaux travaux de Seguin, Derosne, etc., la propriété de fabriquer des alcalis organiques étaient maintenant les seuls organismes qui pussent, aux yeux les plus compétents, produire ces alcalis. Les propriétés générales du protoplasma, celles de la cellule végétale et de la cellule animale étaient encore trop mal connues, et les esprits, même les plus audacieux, n'osaient identifier leur physiologie.

C'est à un chimiste français, à M. Gautier, que devait échoir l'honneur de briser la barrière que des vues étroites et préconçues avaient fait élever entre les propriétés biologiques des végétaux et celles des animaux.

Ce savant, en effet, éclairé non seulement par les belles découvertes de ses prédécesseurs, mais encore et surtout par celles qu'il avait faites en 1872 sur les alcaloïdes provenant de la putréfaction de la fibrine pure et plus tard sur le venin du Naja tripudians de l'Inde, éclairé aussi par celle de M. G. Pouchet, son élève, qui venait de rencontrer dans l'urine une substance présentant les caractères des alcaloïdes, ce savant, dis-je, vint soutenir, en 1881, que l'économie animale tout comme l'économie végétale, devait élaborer normalement des alcaloïdes suivant les processus ordinaires de la vie des tissus.

Ces alcaloïdes devaient se rencontrer, d'après M. Gautier, non seulement dans les urines, mais aussi dans les muscles, dans les différents organes de l'économie, dans la bile et en général dans toutes les sécrétions, et leur quantité devait varier suivant le degré d'activité du travail cellulaire et le processus pathologique. Toutes ces vues paraissaient, *à priori*, très justes et fort raisonnables, mais il restait à les démontrer. C'est ce que le savant chimiste ci-dessus entreprit de faire sans tarder. Pour cela, il s'adressa au tissu musculaire, non seulement parce qu'il était toujours facile de s'en procurer une grande quantité, mais aussi à cause de son homogénéité et de la parfaite détermination de sa fonction. Ce choix paraît, en effet, fort heureux. Il opéra d'abord sur le muscle de bœuf bien frais et de bonne qualité, choisissant de préférence la viande des animaux engraissés en pleins pâturages qui diffère sensiblement de celle des animaux soumis à un engraissement forcé. Puis il répéta ses recherches sur l'extrait de viande Liebig. Ce dernier lui donna les mêmes substances alcalines, mais en quantité très différente, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on réfléchit à la variété de provenance des animaux employés pour en faire la fabrication.

Procédé d'extraction de M. Gautier. — Dans l'un et l'autre cas, le procédé d'extraction employé fut le suivant :

1° 30 kilogrammes de viande de bœuf finement hachée sont mis à infuser dans 60 kilogrammes d'eau tiède additionnée de 25 centigrammes d'acide oxalique et de 60 centimètres cubes d'eau oxygénée contenant 13 fois son volume d'oxygène pour éviter toute fermentation. 2° Après 24 heures d'infusion, faire bouillir, passer à travers un linge, exprimer à la presse, porter de nouveau à l'ébullition, puis filtrer et évaporer dans le vide la liqueur chauffée à 50°. 3° Reprendre par l'alcool à 99° le résidu de cette évaporation qui est visqueux, brun jaunâtre, très acide et exhale une odeur agréable de rôti. 4° Evaporer dans le vide. 5° Reprendre de

nouveau par de l'alcool à 99° chaud, filtrer et abandonner pendant 24 heures au repos. 6° Décanter, filtrer et ajouter à la liqueur de l'éther à 65° tant qu'il se fait un précipité puis abandonner de nouveau au repos pendant 24 heures.

La liqueur éthéro-alcoolique où s'est formé le précipité présente peu d'intérêt et peut être définitivement abandonnée. Elle ne tient en dissolution qu'une quantité insignifiante de base exhalant une odeur d'aubépine qui rappelle celle des ptomaïnes.

C'est le précipité épais de couleur jaune ambrée, de saveur légèrement amère qui constitue le produit capital de l'opération ci-dessus.

Additionné d'éther et abandonné au repos pendant plusieurs jours, ce précipité se transforme en une masse de cristaux qui se rassemblent au fond du vase. Le liquide sirupeux, verdâtre, fluorescent qui les recouvre, est enlevé par l'évaporation dans le vide et les cristaux lavés à l'alcool froid à 99° pour les débarrasser complètement du reste du liquide sirupeux ci-dessus qui imprègne encore leur masse.

C'est de cette masse cristalline que M. Gautier a successivement isolé les six nouvelles bases ci-après en opérant sur elle de la façon suivante :

Traitée par l'alcool à 95° bouillant, cette masse cristalline lui cède une partie d'elle-même en s'y dissolvant. L'alcool décanté tout bouillant du résidu resté insoluble laisse déposer en se refroidissant un premier alcaloïde, la xanthocréatinine ($C^5H^{10}Az^4O$), puis un deuxième de la formule $C^{11}H^{24}Az^{10}O^5$ par un repos prolongé.

Le résidu ci-dessus de la masse cristalline non dissous par l'alcool bouillant est dissous dans une certaine quantité d'eau bouillante. Cette solution aqueuse, soumise à l'ébullition, abandonne bientôt, à son tour, un nouvel alcaloïde, en petite quantité, l'amphicréatinine ($C^9H^{19}Az^7O^4$). En continuant la concentration de la liqueur par l'ébullition, il se forme encore un autre alcaloïde jaune orangé, la crusocréatinine ($C^5H^8Az^4O$). Si on abandonne cette liqueur mère à un repos suffisant, elle fournit une troisième base de la formule $C^{12}H^{25}Az^{11}O^5$.

Enfin, en traitant la liqueur alcoolique d'où ont été extraites les bases citées plus haut par l'acétate de cuivre à chaud, on obtient un précipité qui, décomposé par l'hydrogène sulfuré, donne un dernier alcaloïde, la pseudo-xanthine ($C^4H^5Az^5O$), ce qui porte à six le nombre des bases isolées du tissu musculaire.

Ces six leucomaïnes seront décrites chacune à la place qui leur convient parmi les autres alcaloïdes avec tous les développements qu'elles comportent.

Classification des Leucomaïnes. — Le nombre des produits alcaloïdiques d'origine animale est déjà grand et leur étude devient de plus en plus complexe. Aussi serait-il très utile de posséder une bonne classification qui permît d'en faire une description claire et facile à retenir. Plusieurs se présentent naturellement à l'esprit.

Suivant l'état de l'organisme qui les a fournis, on pourrait les classer en produits physiologiques et en produits d'origine pathologique. Mais ce sont là des caractères bien insuffisants qui sont loin de satisfaire l'esprit. Car comment savoir d'une façon précise où finit l'état normal et où commence l'état morbide ? Et puis l'état morbide est-il donc autre chose qu'une exagération ou une diminution de l'état normal ?

Si l'étude des propriétés physiologiques des alcaloïdes d'origine animale était faite, elle pourrait peut-être servir de base à une classification. Cette classification serait sans doute la plus utile et la plus agréable aux physiologistes et aux cliniciens. Mais cette étude est encore trop peu avancée pour être employée dans ce but.

Partant de cette idée, généralement admise, bien qu'elle soit encore, ce semble, fort hypothétique, que les bases alcaloïdiques animales ne sont que des produits de dédoublement plus ou moins simples de la molécule albuminoïde, on pourrait encore aligner ces produits suivant la décroissance du nombre et de la puissance de leurs éléments constituants. Cette classification étant pour ainsi dire l'expression du processus de désagrégation de la molécule albuminoïde, aurait des droits sérieux à la préférence si tous les termes de cette décomposition étaient connus. Malheureusement cet idéal tant caressé de tous est encore loin d'être atteint et cela malgré les admirables travaux de nos savants.

En définitive, l'état actuel de nos connaissances sur les leucomaïnes nous oblige à en faire une classification mixte, c'est-à-dire qui soit à la fois chimique et physiologique. La partie chimique comprendra naturellement les leucomaïnes les mieux connues, et, autant que possible, toutes celles qui sont capables d'être rattachées à une série de corps déjà bien connus. Cette division constituera le fondement de nos connaissances sur la question. La partie physiologique, au contraire, embrassera tous les produits encore imparfaitement étudiés et se rapprochant plus ou moins de ceux contenus dans la première partie. Ce sera la division des leucomaïnes provisoirement non sériées.

LEUCOMAÏNES SÉRIÉES

Suivant que ces alcaloïdes présentent par leur mode de formation, leur composition centésimale, leur constitution, leurs propriétés physiques et chimiques, une parenté plus ou moins directe avec la créatinine, l'acide urique et la bétaïne, on peut, à l'exemple de M. Hugonnenq, les subdiviser en trois groupes naturels. L'on aura ainsi les leucomaïnes créatiniques, les leucomaïnes uriques et les bétaïnes.

Bétaïne ou *Oxynévrine* $C^5H^{11}AZO^2$. — Cette base a été découverte par C. Scheibler, en 1866, en traitant par le phosphotungstate de sodium le jus de betterave fraîchement préparé et acidulé par l'acide chlorhydrique. De là le nom de bétaïne (βετα-betterave).

Cette substance est d'autant plus abondante, que la betterave est plus près de sa maturité.

Préparation par synthèse. — Liebreich reconnut sa présence dans l'urine humaine, en 1869. A peu près à la même époque il l'obtint par voie de synthèse de deux façons : 1° En faisant agir en vase clos à 100° et pendant plusieurs heures l'acide trichloracétique sur la triméthylamine ; 2° en oxydant avec ménagement la névrine par le permanganate de potasse ou l'acide chromique. De là le nom d'oxynévrine qu'il lui donna. Cette substance n'est cependant pas différente de la bétaïne de Scheibler, car, en 1870, cet auteur et Liebreich ont reconnu, chacun de leur côté, qu'elle lui était tout à fait identique.

En 1875, Griess en faisant agir l'iodure de méthyle sur le glycocolle

obtint aussi par voie de synthèse la bétaïne à l'état de périodure cristallisé en aiguilles brillantes.

De son coté Brieger, en 1886, l'a trouvée en assez grande proportion à coté de la mytilotoxine, de la triméthylamine et de quelques autres bases mal définies dans des moules qui avaient acquis des propriétés très vénéneuses en séjournant quelque temps dans le bassin de radoub de Wilhemshaven. Dans les expériences qu'il a entreprises pour en étudier les propriétés physiologiques cette base ne s'est montrée nullement toxique.

Propriétés. — Quel que soit le procédé employé pour en faire la préparation, la bétaïne se présente sous la forme de cristaux volumineux, brillants, ayant beaucoup d'affinité pour l'eau.

Elle forme des sels avec les chlorures d'or, de zinc, et les acides. Son chlorhydrate forme avec le chlorure de platine un chloroplatinate de couleur jaune cristallin.

Par l'action de la chaleur elle se boursoufle en répandant l'odeur de la triméthylamine, puis celle du sucre brulé. Elle laisse comme résidu du charbon très finement divisé.

Constitution. — En opérant sur le triéthylglycocolle, son homologue, Brühl est arrivé, par une série de réactions qu'il serait trop long de rapporter ici, à démontrer que la bétaïne est un triméthyl-glycocolle dont il a représenté la constitution par le schéma suivant :

$$(CH^3)^3 \begin{array}{c} CH^2 - CO \\ | \qquad\quad | \\ AZ - O \end{array}$$

LEUCOMAÏNES DU GROUPE URIQUE

Carnine $C^7H^8Az^4O^3$. — H. Weidel a isolé cette substance de l'extrait de viande américain qui en contient environ 1 0/0. Elle se trouve aussi dans le tissu musculaire, et M. Schutzemberger l'a retirée de l'eau de levure de bière.

Préparation. — Le procédé généralement employé pour la préparer consiste à précipiter par l'eau de baryte une solution aqueuse d'extrait de viande, filtrer et précipiter de nouveau par le sous-acétate de plomb. La carnine qui se trouve combinée au plomb est ensuite enlevée du précipité par des lavages à l'eau bouillante et le plomb par l'hydrogène sulfuré. La carnine se trouve en solution dans la liqueur d'où elle peut être extraite par les moyens ordinaires. Pour la purifier on peut la transformer en dérivé argentique et la séparer de nouveau par l'hydrogène sulfuré.

Propriétés. — Ainsi préparée cette leucomaïne se présente sous l'aspect de cristaux microscopiques blancs disposés en mamelons.

Elle est peu soluble dans l'eau froide, insoluble dans l'alcool et l'éther. Sa saveur d'abord insignifiante devient bientôt amère. Sa réaction est neutre.

Elle résiste à l'acide iodhydrique et à l'eau de baryte ; mais à chaud, l'eau de brome la transforme en bromhydrate d'hypoxanthine avec dégament d'acide carbonique et formation de bromure de méthyle. Elle se transforme aussi en hypoxanthine sous l'action du chlore et de l'acide azotique. Elle forme des composés métalliques avec les sels solubles du

plomb et de l'argent, un chlorhydrate, qui peut être transformé en chloroplatinate jaune d'or. En somme, elle se comporte donc comme l'hypoxanthine. Théoriquement elle peut être considérée comme constituée par la sarcine et l'acide acétique :

$$C^7H^8Az^4O^3 = C^5H^4Az^4O^3 + C^2H^4O^2.$$

Elle est considérée comme un produit de désassimilation incomplète.

Adénine $C^5H^5Az^5$. — Cette nouvelle base fut découverte par Kossel, en 1885, dans le pancréas et la rate de bœuf frais. Mais il n'en fit une étude complète qu'en 1886. Ce chimiste conseille d'employer le procédé suivant pour la préparer :

Préparation. — 1° 35 livres de pancréas de bœuf finement haché sont à bouillir, mis pendant trois à quatre heures, dans 200 litres d'eau acidulée par l'acide sulfurique à raison de 0,5 0/0 en volume; 2° neutraliser la décoction par la baryte et filtrer; 3° traiter la liqueur filtrée par le nitrate d'argent en solution ammoniacale qui détermine un précipité ; 4° sécher le précipité sur des plaques poreuses et le traiter par l'acide azotique en présence d'une petite quantité d'urée, puis chauffer au bain-marie et filtrer. La liqueur filtrée, abandonnée au repos, laisse déposer trois bases : l'hypoxanthine, la guanine et l'adénine à l'état de sel double d'argent ; 5° décomposer le précipité par l'hydrogène sulfuré, filtrer et ajouter un excès d'ammoniaque qui précipite la guanine et la presque totalité de l'adénine sans toucher à l'hypoxanthine ; 6° redissoudre à chaud ce mélange des deux bases et traiter par l'acide chlorhydrique étendu. Par le refroidissement, le chlorhydrate de guanine se dépose d'abord. La liqueur filtrée, soumise à l'évaporation, abandonne d'abord des cristaux d'adénine que l'on peut purifier ensuite en les transformant en sulfate et en les régénérant par l'ammoniaque.

Propriétés.— Ainsi purifiée, l'adénine se présente sous la forme de cristaux transparents, contenant 3 molécules d'eau de cristallisation. Ils sont très solubles dans les acides et les bases, assez solubles dans l'eau chaude, peu dans l'eau froide et insolubles dans l'éther, l'alcool et le chloroforme. Chauffés, ils deviennent opaques, jaunissent et se subliment à 278°.

L'adénine forme de très beaux cristaux, bien définis, avec les acides.

Kossel pense que cette substance est un produit de dédoublement physiologique direct de la nucléine, substance albuminoïde complexe qui constitue le noyau des cellules animale et végétale. La seule présence de l'eau suffirait pour dédoubler la nucléine en albumine, acide phosphorique et adénine.

Sous l'influence de la potasse, à 200°, elle forme du cyanure de potassium et de l'eau

$$C^5H^5Az^5 + 5KOH = CAzK + 5H^2O.$$

Soumise à l'action de l'acide azoteux, elle est intégralement transformée en hypoxanthine

$$C^5H^5Az^5 + AzO^2H = C^5H^4Az^4O + Az + H^2O.$$

Ce sont là deux faits de la plus haute importance.

Remarque. — Si, en effet, l'on examine bien la formule de l'adénine

$C^5H^5Az^5$, on verra qu'elle peut être considérée comme une condensation de cinq fois le groupement cyanhydrique CAzH. Si, d'autre part, on rapproche de cette vue et des transformations ci-dessus indiquées le fait démontré par M. Gautier que l'on peut, en partant de ce même acide cyanhydrique CAzH, arriver à faire synthétiquement la xanthine qui, à son tour, peut être tout comme l'adénine transformée en hypoxanthine, il sera bien difficile de ne point admettre, avec ce savant chimiste, que le groupement CAzH représente bien le noyau de ces différents corps et partant de la molécule albuminoïde elle-même tout entière. Cela admis, il est curieux de constater que le protoplasma cellulaire et conséquemment l'édifice organique tout entier a pour premier fondement une des plus terribles agrégations moléculaires que l'on puisse rencontrer dans le domaine des toxiques.

Guanine $C^5H^5Az^5O$. — Cette substance a été découverte, en 1844, par Unger qui la confondit tout d'abord avec la xanthine, lui assignant la même formule. Mais Einbrodt ne tarda pas à montrer qu'elle différait de cette substance et qu'il fallait lui donner la formule ci-dessus.

Cette base est très répandue dans les êtres organisés ou dans leurs produits. Elle forme la partie la plus essentielle des excréments de l'araignée diadème (*Epeira diadema*). Scherer l'a rencontrée dans le pancréas de cheval; Barreswill dans les écailles d'ablettes. D'après Gorup-Besanez et Fr. Will, elle semble exister dans l'organe vert de l'écrevisse et dans l'organe dit de *Bojanus* de la coquille des étangs (*Anodonta cycnea*). Virchow a constaté sa présence dans les cartilages des pores arthritiques. Tout dernièrement, Schultz et Bosshard l'ont rencontrée, à côté de l'hypoxanthine et de l'allantoïne, dans les jeunes pousses de la vigne, du platane et d'un certain nombre d'autres végétaux. Elle a été aussi extraite du foie, de la chair des mammifères et des excréments d'oiseaux. Kossel a démontré que la principale substance albuminoïde du noyau, la *nucléine*, donnait en se dédoublant, à côté d'autres produits, de la guanine et de la xanthine.

Préparation. — Pour la préparer, le procédé le plus généralement employé consiste à épuiser le *guano* par un lait de chaux bouillant, filtrer et traiter le résidu par une solution de carbonate de soude. Additionner la liqueur d'acétate de soude et d'acide chlorhydrique qui détermine un précipité de guanine et d'acide urique. Traiter le précipité par l'acide chlorhydrique bouillant, qui transforme la guanine en chlorhydrate soluble. Pour obtenir la base à l'état de pureté, il suffit de traiter ensuite le chlorhydrate par l'ammoniaque.

Propriétés. — Ainsi préparée, la guanine se présente sous la forme d'une poudre amorphe blanche, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, mais soluble dans les acides, et mieux encore dans la potasse, la soude et l'ammoniaque, dernier caractère qui la différencie de la sarcine et de la xanthine avec laquelle Unger l'avait confondue.

Strecker a démontré qu'en traitant la guanine par un mélange d'acide chlorhydrique de 1,10 densité et de chlorate de potasse, elle se décompose en guanidine et acide parabanique, avec dégagement d'acide carbonique, d'après l'équation suivante :

$$\underset{\text{guanine}}{C^5H^5Az^5O} + H^2O + O^3 = \underset{\text{acide parabanique}}{C^3H^2Az^2O^3} + \underset{\text{guanidine}}{CH^3Az^3} + CO^2.$$

Sous l'action oxydante de l'oxygène naissant opérée ci-dessus, une partie de la guanine se transforme aussi en xanthine, avec production d'eau et d'azote libre, de la façon suivante :

$$\underset{\text{guanine}}{2(C^5H^5Az^5O)} + O^3 = \underset{\text{xanthine}}{2(C^5H^4Az^4O^2)} + H^2O + Az^2.$$

L'acide azoteux (AzO^2H) agit exactement comme l'oxygène naissant, en attaquant 1 molécule de guanine.

La guanine forme des sels cristallisés avec la plupart des acides forts. On connaît aussi un picrate, un chloroplatinate et un chloromercurate.

Remarque. — Dans des expériences entreprises sur le lapin et qui consistaient à leur faire ingérer une certaine quantité de guanine, Kerner a démontré que l'urée apparaissait en quantité beaucoup plus grande, quantité qui augmentait avec la dose de guanine ingérée. Ce fait tend évidemment à démontrer que la guanine ne serait pas le terme tout à fait ultime de désagrégation de la molécule albuminoïde, mais un terme intermédiaire entre cette molécule et l'urée.

Sarcine ou *hypoxanthine* $C^5H^4Az^4O$. — Bien que l'on pense généralement que ces deux noms représentent une seule et même substance, il est cependant utile de les conserver encore l'un à côté de l'autre, car il n'est pas absolument démontré que l'hypoxanthine découverte par Scherer dans la rate soit identique à la sarcine que Strecker a trouvée dans le sérum musculaire. Il existe, en effet, entre elles quelques différences. La forme cristalline n'est pas absolument la même. De plus, la solubilité de la sarcine dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique étendu paraît être un peu plus considérable que celle de l'hypoxanthine.

De même que la guanine, la sarcine est fort répandue dans les tissus vivants. Aussi les trouve-t-on souvent côte à côte. L'une comme l'autre semblent dériver de la nucléine par dédoublement. La sarcine a été rencontrée dans le foie, le cerveau, les muscles, le thymus, l'urine, le sang des leucémiques, le pancréas, les capsules surrénales, la moelle des os, mais toujours en très petite quantité : $0^{gr},22$ 0/00 dans le muscle de bœuf (Scherer); $0^{gr},06$ à $0^{gr},07$ seulement (Neubauer). Ce dernier auteur en aurait trouvé $0^{gr},15$ 0/0 dans la rate et $0^{gr},59$ 0/0 dans l'extrait de viande. Cependant le cœur de cheval semblerait en renfermer de plus grandes proportions, du moins dans certains cas. M. Schutzemberger l'a rencontrée en assez grande quantité dans la levure putréfiée.

Préparation.— La sarcine est généralement préparée avec les eaux mères d'où l'on a extrait la créatine et la créatinine. Pour cela, on ajoute un excès d'acétate de cuivre ou de plomb à ces eaux mères et on réduit aux deux tiers par l'ébullition. Il se forme un précipité abondant qui, recueilli sur un filtre, est lavé à l'eau bouillante. Ce précipité redissous par l'acide chlorhydrique bouillant est décomposé, à chaud, par l'hydrogène sulfuré. La liqueur filtrée bouillante et évaporée laisse, par refroidissement, déposer la sarcine, sous forme de grains ou d'aiguilles.

La sarcine ainsi obtenue est impure. Pour la purifier, il suffit de l'agiter avec de l'oxyde de plomb, de filtrer, décomposer par l'hydrogène sulfuré, filtrer de nouveau. Cette nouvelle liqueur laisse déposer, par évaporation, la sarcine à peu près pure.

On peut aussi préparer la sarcine de plusieurs autres façons. En trai-

tant la carnine par l'acide azotique étendu ou l'eau de brome, Weidel a obtenu l'équation suivante :

$$\underset{\text{carnine}}{C^7H^8Az^4O^3} + Br^2 = \underset{\text{bromhydrate de sarcine}}{C^5H^4Az^4O,HBr} + CH^3Br + CO^2.$$

De son côté, Rheineck l'a obtenue en traitant l'acide urique par l'amalgame de sodium. Sous l'influence de l'hydrogène naissant que développe ce corps, l'acide urique est décomposé en xanthine et en sarcine

$$\underset{\text{acide urique}}{2C^5H^4Az^4O^3} + 6H = \underset{\text{xanthine}}{C^5H^4Az^4O^2} + \underset{\text{sarcine}}{C^5H^4Az^4O} + 3H^2O.$$

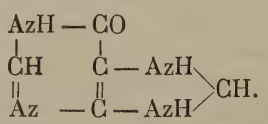
Comme Horbaczewski a obtenu l'acide urique en partant du glycocolle et de l'urée, on peut dire que la synthèse totale de la sarcine a été faite, quoique indirectement.

Tous ces faits sont évidemment de la plus haute importance, car ils nous autorisent à penser que toutes les substances ci-dessus, que l'on trouve du reste souvent plus ou moins réunies dans l'organisme, dérivent l'une de l'autre par une série d'oxydations qui simplifie de plus en plus la molécule albuminoïde.

Propriétés.—Quel que soit le procédé de préparation, la sarcine aussi purifiée que possible, se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, composée de cristaux mal formés, caractère qui permet de supposer qu'elle n'est pas absolument pure. Au-dessus de 150°, elle se sublime, sans se fondre, en dégageant de l'acide cyanhydrique. Elle est peu soluble dans l'eau et encore moins dans l'alcool, mais très soluble dans les acides et les bases avec lesquelles elle forme des sels. Elle s'unit aussi aux oxydes de cuivre, zinc, mercure et argent.

Le chlorure de platine la précipite en présence de l'acide chlorhydrique ; l'acide phosphomolybdique en présence de l'acide nitrique. Le sous-acétate de plomb ammoniacal ne la précipite pas, propriété négative utilisée pour la séparer de la xanthine qui, elle, précipite abondamment.

La constitution qu'on lui suppose est représentée par le tableau suivant :



Xanthine $C^5H^4Az^4O^2$. — La première extraction de cette base a été faite d'un calcul urinaire, en 1817, par Marcet (*An essay on the chem. history of calculous disorders.* Londres, 1817). Plus tard, Liebig et Wöhler l'ont également isolée d'un calcul urinaire et ont déterminé la formule ci-dessus. Dans la suite, Bence Jones, Scherer, Stœdeler, Cloëtta, Neukomm, Naunyn, Stromeyer, Dürr l'ont trouvée dans la plupart des organes et des liquides de l'homme et de différents animaux sains ou malades. Göbel l'a rencontrée dans les bézoards de divers ruminants d'Orient; Unger et Phipson, dans le guano des îles Jarvis ; Salomon, dans les produits de la fermentation pancréatique de la fibrine ; Schutzemberger, dans l'eau de levure ayant subi l'autophagie, à côté de

la carnine et de la sarcine ; Kossel, parmi les produits de dédoublement (guanine, sarcine, etc.) obtenus en faisant bouillir la nucléine fraîche avec de l'eau acidulée ; Baginski dans l'extrait de thé épuisé par l'acide sulfurique dilué à 1 0/0.

D'après Almen, le foie de bœuf en contiendrait $0^{gr},024$ 0/0. Un homme de 65 kilogrammes, jouissant d'une bonne santé, en rendrait par les urines $0^{gr},006$ par jour, soit environ 4 milligrammes par litre d'urine. Baginski en a trouvé dix fois plus dans l'urine de malades atteints de néphrite aiguë.

Préparation. — Pour l'extraire de l'urine, Neubauer conseille de s'emparer des acides phosphorique et sulfurique par l'eau et le nitrate de baryte, filtrer, évaporer la liqueur jusqu'à l'état de sirop et précipiter par l'azotate d'argent ammoniacal. Le précipité décomposé par l'hydrogène sulfuré en présence de l'acide chlorhydrique, la liqueur filtrée donne, par évaporation, la xanthine à l'état de chlorhydrate.

Pour l'extraire du muscle, on peut se servir du procédé indiqué à propos de la sarcine en se servant de l'acétate de plomb ammoniacal qui précipite la xanthine sans toucher à la sarcine.

On peut aussi obtenir la xanthine indirectement, en réduisant l'acide urique par l'hydrogène naissant que donne l'amalgame de sodium, ou en traitant la guanine par l'acide azoteux, comme l'a fait Strecker. Ces deux opérations se font d'après les équations suivantes :

$$\underset{\text{Acide urique}}{C^5H^4Az^4O^3} + H^2 = \underset{\text{Xanthine}}{C^5H^4Az^4O^2} + H^2O$$

$$\underset{\text{Guanine}}{C^5H^5Az^5O} + \underset{\text{Acide azoteux}}{AzO^2H} = \underset{\text{Xanthine}}{C^5H^4Az^4O^2} + Az^2 + H^2O$$

Synthèse. — Enfin, M. A. Gautier a réussi à préparer la xanthine par voie de synthèse en 1884.

Supposant que le groupement CAzH (acide cyanhydrique) était capable, en présence d'une trace d'alcali ou de sels alcalins, d'acquérir la constitution du carbylamine $\begin{array}{c}-C-\\ \|\\ (Az\,H)\end{array}$ et de former ainsi, par polymérisation, les principaux composés de la série urique qui, à leur tour, devaient former autant de noyaux propres à grouper les radicaux de la molécule albuminoïde, ce savant chauffa, en tubes scellés, de l'acide cyanhydrique en présence d'acide acétique et d'ammoniaque destinée à régler la polymérisation et obtint, après une série d'opérations, de la xanthine, de la méthylxanthine et de l'azulmine ($C^{10}H^{10}Az^8O^4$).

Cette synthèse serait expliquée, d'après M. Gautier, par l'équation suivante, l'azulmine étant négligée à dessein.

$$11CAzH + 4H^2O = \underset{\text{Xanthine}}{C^5H^4Az^4O^2} + \underset{\text{Méthylxanthine}}{C^6H^6Az^4O^2} + 3AzH^3$$

Ce processus de synthèse serait donc très voisin, de celui qui se passe chez les végétaux, où le groupement C (AzH) paraît se former par réduction des nitrates et des nitrites en présence d'une foule de matières organiques.

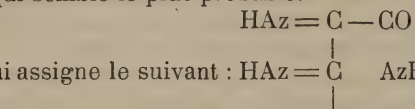
Propriétés. — Quelle que soit son origine, la xanthine se présente

sous la forme d'une poudre blanche amorphe, composée de petites masses sphériques accolées. Elle est très peu soluble dans l'eau froide (1 gramme pour 14500), un peu plus dans l'eau bouillante et beaucoup plus dans les acides et les alcalis avec lesquels elle forme des sels. Elle donne un simple louche avec l'acétate de plomb, un précipité abondant avec le bichlorure de mercure, une combinaison gélatineuse avec l'azotate d'argent. Elle précipite assez abondamment par l'acétate de cuivre, mais à chaud seulement, propriété souvent mise à profit par MM. Gautier, Schutzemberger et Destrem pour en faire la séparation.

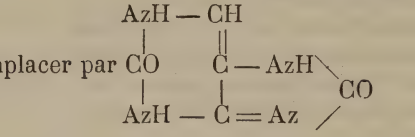
Son chloroplatinate forme des cristaux jaunes, son chloraurate de belles aiguilles souvent écailleuses à leur surface.

Constitution. — Quant à sa constitution, l'accord n'est pas encore fait sur le schéma qui semble le plus probable.

M. Gautier lui assigne le suivant :



que M. E. Fischer propose de remplacer par



Pseudoxanthine. $C^4H^5Az^5O$. — Cette substance est une des six bases isolées du muscle des mammifères par M. Gautier. Comme l'indique son nom, elle affecte de nombreux points de ressemblance soit dans ses propriétés physiques, soit dans ses propriétés chimiques avec la xanthine. Aussi est-il à présumer qu'elle a dû être souvent confondue avec cette dernière substance. Bien que sa parenté avec cette substance soit très étroite, elle en diffère cependant absolument par sa composition centésimale.

Préparation.— La méthode générale qui a servi à en opérer l'extraction ayant été décrite en tête de ce travail (p. 705), je me bornerai seulement à ajouter ici que cette base a été trouvée dans les eaux mères alcooliques d'où les cinq autres bases ci-dessus avaient été retirées. L'alcool de ces eaux mères enlevé par l'action du vide, le résidu repris par l'eau et traité par l'acétate de cuivre en petit excès, donna, à chaud, un précipité chamois qui fut lavé et décomposé par l'hydrogène sulfuré. La liqueur additionnée d'un excès d'eau et filtrée bouillante laissa déposer la pseudoxanthine.

Propriétés.— Cette leucomaïne se présente sous la forme d'une poudre couleur jaune soufre clair. Examinée au microscope, elle a l'aspect de grains hérissés de pointes cristallines. Elle est peu soluble dans l'eau froide, mais assez soluble dans les alcalis. Son chlorhydrate, très soluble, ressemble à s'y méprendre à celui de l'hypoxanthine. Il a l'aspect de pierres à aiguiser courbées à leurs extrémités. De même que ceux du chlorhydrate d'hypoxanthine, ces cristaux s'associent en étoiles trapues.

Comme la xanthine, la pseudoxanthine donne un précipité dense très soluble dans l'acide chlorhydrique, avec le bichlorure de mercure ; un précipité gélatineux par le nitrate d'argent. Elle ne précipite pas par l'acé-

tate de plomb simple, mais donne un précipité avec l'acétate de plomb ammoniacal; comme elle aussi, la pseudoxanthine fournit une belle couleur rouge orangé (murexide) lorsqu'on la traite convenablement par l'acide nitrique et la potasse diluée.

En somme, elle ne se différencie physiquement et chimiquement de la xanthine que parce qu'elle est un peu plus soluble et mieux cristallisée qu'elle.

LEUCOMAÏNES CRÉATINIQUES

Créatinine $C^4H^7Az^3O$. — Cette base animale a été découverte par Liebig, en 1847, dans le produit de la réaction de l'acide chlorhydrique sur la créatine. Plus tard, ce chimiste la rencontra dans l'urine de chien, Pettenkofer dans celle de l'homme, Sokoloff dans celle du veau en assez grande proportion, Scherer dans le liquide amniotique, Robin et Verdeil dans l'urine de cheval, de porc et de mouton. On en trouve aussi dans le bouillon de viande, et Valanciennes et Frémy l'ont isolée des muscles de crustacés. Comme on voit, cet alcaloïde animal est fort répandu.

Neubauer a trouvé qu'un homme de 54^k, 5 considéré comme normal élimine en moyenne 1^{gr}, 166 de créatinine pure par 24 heures, ce qui correspond à 0,0214 par kilogramme d'urine.

Préparation. — Le procédé dont il s'est servi pour obtenir ces résultats est une modification de ceux déjà employés par Lœbe et Pettenkofer. Voici en quoi il consiste : A 300 centimètres cubes d'urine fraîche, on ajoute du lait de chaux jusqu'à réaction alcaline, puis du chlorure de chaux, tant qu'il se forme un précipité. Après 2 heures d'attente, filtrer, évaporer rapidement au bain-marie presque à siccité et reprendre par 30 ou 40 centimètres cubes d'alcool à 95°. Bientôt se forme un dépôt que l'on sépare par filtration. Le liquide filtré additionné d'une faible quantité de solution alcoolique de chlorure de zinc d'une densité de 1, 2, laisse déposer des cristaux de sel double de zinc et de créatinine $(C^4H^7Az^3O)^2ZnCl^2$ que l'on recueille sur un filtre taré. Il est facile ensuite d'isoler la créatinine à l'état de base libre pure au moyen de l'hydrate de plomb.

Dans ces derniers temps, O. Maschke a indiqué un nouveau procédé pour déceler dans l'urine des traces de créatinine. Il suffit de la saturer par le carbonate de sodium, d'additionner de tartrate sodico-potassique et d'une faible quantité de sulfate de cuivre et de chauffer quelques instants à 50° ou 60°. Par le refroidissement, il se fait un précipité blanc qui se présente au microscope sous la forme de petits grains agglutinés, précipité qui représente une combinaison de créatinine et d'oxyde cuivreux.

L'action de l'acide chlorhydrique concentré en excès et de la chaleur sur la créatine la déshydrate et la transforme en créatinine. Réciproquement, cette dernière peut se retransformer en créatine par fixation d'eau.

Propriétés. — La créatinine cristallise en prismes incolores brillants sans eau de cristallisation. Elle est inodore, très caustique, fortement basique, capable de déplacer l'ammoniaque de ses combinaisons, soluble dans l'eau froide et plus dans l'eau bouillante, peu soluble dans l'alcool. Elle précipite par les sels des métaux lourds, etc., et donne avec les chlorures de zinc, de cadmium des sels cristallisés caractéristiques.

Suivant Dessaignes, l'oxyde mercurique, le permanganate de potasse la transformeraient en méthyl-uramine ou méthyl-guanidine. D'après Neubauer, l'oxalate de potasse aurait la même action et se transformerait en acide oxalique.

Suivant ce dernier auteur, l'action prolongée de la chaleur à 100° sur sa solution aqueuse additionnée d'alcali la transformerait en méthyl-hydantoïne ou méthyl-glycolyl-urée, phénomène qui a une grande importance, car il permet de supposer qu'elle joue un grand rôle dans la production de l'urée qui se fait dans l'organisme aux dépens des matières albuminoïdes.

Par l'action de l'acide azoteux sur sa solution aqueuse, Dessaignes, aurait transformé la créatinine en deux nouvelles bases cristallisées ayant respectivement la formule $C^6H^{10}Az^7O^3$ et $C^4H^8Az^4O^2$.

Au point de vue de sa constitution, cette leucomaïne peut être considérée comme une anhydride interne de la guanidine pouvant être représentée par le schéma.

$$AzH = C \begin{cases} AzH - CO \\ Az(CH^3) - CH^2 \end{cases}$$

Les propriétés physiologiques de la créatinine ont été étudiées par J. Ranke. Cet auteur prétend que son introduction dans le sang exalte l'irritabilité des nerfs périphériques, abaisse l'énergie fonctionnelle des muscles et produit rapidement des contractions spasmodiques des muscles.

Xanthocréatinine $C^5H^{10}Az^4O$. — Cette leucomaïne ainsi que les quatre suivantes est une des six nouvelles bases alcaloïdiques découvertes dans ces derniers temps par M. Gautier, dans le tissu musculaire frais.

Propriétés. — C'est une substance de couleur jaune soufre, cristallisant en paillettes minces, fragiles, comme micacées. Sous le microscope, elle se présente sous la forme de tables rectangulaires rappelant un peu celles de la cholestérine. Cette substance est grasse au toucher, légèrement amère au goût, exhale, à froid, une faible odeur de cadavre et celle de l'acétamide dans l'alcool bouillant. Elle est très soluble dans l'eau froide ainsi que dans l'alcool à 99° chaud. Au tournesol, elle présente la réaction amphotère, c'est-à-dire qu'elle se conduit à la fois comme une base et comme un acide (elle rougit le papier bleu et bleuit le papier rouge). Cette réaction est commune à un certain nombre de substances animales, le lait entre autres, ainsi qu'aux corps organiques qui possèdent dans leurs molécules des groupements aminés ou amidés et des fonctions acides ou alcooliques tertiaires.

Chauffée, elle répand d'abord une odeur de rôti, puis se carbonise partiellement en émettant de l'ammoniaque et de la méthylamine.

La xanthocréatinine forme un chlorhydrate cristallisé en aiguilles ressemblant à des plumes d'oie enchevêtrées, un chloroplatinate en longs faisceaux très solubles, un chloraurate très difficilement cristallisable et avec le nitrate d'argent un précipité floconneux qui cristallise en aiguilles. Avec le chlorure de zinc, elle se comporte comme la créatinine dont elle ne diffère du reste que par CH^3Az en plus : elle forme un précipité blanc jaunâtre soluble à chaud et cristallisant en fines aiguilles par le refroidissement.

Elle donne un précipité abondant en grumeaux jaunâtres avec le phosphomolybdate de soude, un simple trouble lent à se produire avec le tanin, un précipité blanc jaunâtre avec le chlorure mercurique. Ce dernier réactif permet de la séparer des chlorures alcalins avec lesquels elle cristallise et se dissout dans l'alcool absolu.

Le chloromercurate de potassuim, l'iodure de potassium ioduré, pas plus que l'acide oxalique, l'acide azotique et l'acétate de cuivre ne donnent absolument aucun précipité. Cette dernière réaction négative permet de la différencier nettement du groupe de la xanthine et de l'hypoxanthine.

Remarquant que la composition de la xanthocréatinine ($C^5H^{10}Az^4O$) ne diffère de celle de l'hypoxanthine ($C^5H^4Az^4O$) que par H^6, M. Gautier tenta de la transformer en cette dernière substance en lui enlevant ces 6 H par oxydation. Le permanganate de potasse employé avec ménagement à 30° ou 40° a donné une matière noire insoluble dans les acides et les alcalis, analogue à l'azulmine. L'oxyde de mercure fraîchement précipité détermina la formation de deux substances séparables par l'alcool absolu : la première très hygrométrique et très soluble, peu importante ; la seconde cristallisant dans l'alcool à 93° en aiguilles très légèrement alcalines, formant un chloroplatinate peu soluble, cristallisé en branches trapues. La solution alcoolique de ce corps additionnée d'éther détermine, au bout de quelques jours, la formation d'aiguilles blanches, soyeuses, fort belles, disposées en feutrage ressemblant à la caféine et fusible à 170°. L'analogie de ces deux corps est d'autant plus à considérer que cette dernière substance entre en fusion à 178°.

La xanthocréatine présente une toxicité assez considérable. Administrée à faible dose, elle produit bientôt de l'abattement et de la somnolence, l'animal paraît très fatigué, il vomit et défèque plusieurs fois.

Crusocréatinine $C^5H^8Az^4O$. *Propriétés.*— Cette base se présente sous la forme de pavés émoussés ou légèrement obliques, de couleur jaune orange. Elle est un peu amère au goût et faiblement alcaline au papier tournesol. Elle forme un chlorhydrate, cristallisé en balais d'aiguilles enchévêtrées solubles et non déliquescentes ; un chloroplatinate cristallisé en pinceaux de prismes déliés, associés en branches élégantes, assez solubles mais peu altérables à chaud ; un chloraurate se présentant sous l'aspect de grains cristallins peu solubles et, contrairement au précédent, réductibles par la chaleur.

Elle ne paraît avoir aucune influence sur l'acétate de zinc, le nitrate de mercure, l'acide oxalique, l'acide nitrique (ce qui l'éloigne de l'urée et de la guanidine), la solution de chloromercurate de potassium et d'iodure de potassium ioduré, le ferricyanure de potassium et l'acétate de cuivre, dernier caractère qui empêche de la rattacher à la série des xanthines et corps analogues.

En revanche, elle forme un précipité avec la solution d'alun, un précipité abondant, floconneux, partiellement soluble et dissociable à chaud, ce qui la rapproche de la créatinine ; un précipité jaune très abondant soluble et réductible à chaud par le phosphomolybdate de soude ; un précipité pulvérulent, soluble à chaud et cristallisable par le chlorure de zinc.

Cette matière dont la formule ne diffère de celle de la xanthocréatinine que par 2 H en moins, possède comme cette dernière les propriétés

physiques et chimiques générales de la créatinine. Sa composition n'en diffère, du reste, que par le groupement CAzH de l'acide cyanhydrique qui joue le rôle diatomique.

Ce sont ces différents caractères ainsi que sa belle couleur jaune qui lui ont fait donner le nom qu'elle porte.

Amphicréatinine. $C^9H^{19}Az^7O^4$ (de αμφι, près de). — Son nom lui vient de ce qu'elle est si proche parente de la créatinine qu'on pourrait presque la confondre avec elle, si on ne s'arrêtait qu'à ses propriétés générales physiques et chimiques. Elle ne se trouve qu'en très minime proportion dans la chair musculaire du bœuf. Aussi M. Gautier n'a-t-il pu en faire une étude analytique aussi complète qu'il l'aurait désiré.

Propriétés. — L'amphicréatinine est une base faible comme la crusocréatinine. Elle est à peine amère, ne laisse pas dégager d'ammoniaque par l'action de la potasse, décrépite légèrement à 100° et prend un aspect blanc opaque vers 110°, sans toutefois changer de forme.

Elle donne un chlorhydrate cristallisé et non déliquescent ; un chloroplatinate formé de tablettes losangiques, solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool; un chloraurate cristallisé en triangles, tétraèdres et hexaèdres microscopiques très solubles.

Son chlorhydrate ne précipite l'acétate de cuivre ou le bichlorure de mercure ni à chaud ni à froid; mais il forme un précipité jaune pulvérulent en présence du phosphomolybdate de soude.

A l'état libre, cette base ne donne aucune des réactions caractéristiques des dérivés directs de l'acide urique ou de la xanthine lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, puis par l'ammoniaque et la potasse caustique.

En raison de ses propriétés générales, si conformes à celles de la créatine, on pourrait considérer cette base $C^9H^{19}Az^7O^4$ comme formée de deux molécules de créatinine $C^4H^9Az^3O^2$ unies au groupement CAzH.

Enfin, M. Gautier a encore retiré du suc musculaire, ainsi qu'il a été dit plus haut, deux autres bases de composition beaucoup plus complexes que les précédentes et auxquelles il n'a pu donner de nom en raison de l'insuffisance de leur étude.

Base $C^{11}H^{24}Az^{10}O^5$. — Ce corps cristallise en tables minces paraissant rectangulaires, incolores ou à peine jaunâtres. Il est insipide, faiblement amphotère. Chauffé à 180° à 200° en tubes scellés, il donne naissance à une nouvelle base qui n'a pu être étudiée avec dégagement d'ammoniaque et d'anhydride carbonique.

Cette base donne un chlorhydrate cristallisé en faisceaux de fines aiguilles, un chloroplatinate soluble, cristallisé en croix rectangulaires, hérissées d'aiguilles et un sulfate sous forme d'aiguilles confuses.

Base $C^{12}H^{25}Az^{11}O^5$. — Corps faiblement basique comme le précédent, cristallisé en tables rectangulaires fragiles, soyeuses, rappelant beaucoup celles de la base précédente et de la xanthocréatinine et donnant comme elles des sels bien cristallisés.

Il est à remarquer que la composition de ces deux bases ne diffère que par le groupement des éléments de l'acide cyanhydrique CAzH.

En résumé, si l'on jette un coup d'œil sur les leucomaïnes créatiniques, on verra sans peine que de nombreux rapports tant chimiques que physiques les unissent étroitement en une série naturelle. On verra de plus que la composition de la plupart de ces nouveaux corps ne se diffé-

rencie que par le groupement cyanhydrique CAzH. C'est là, assurément, un argument nouveau, bien fait pour étayer les vues théoriques émises déjà depuis 1881 par M. Gautier, à propos de la synthèse de la xanthine sur l'importance de ce copule dans la constitution de la molécule albuminoïde.

LEUCOMAÏNES NON SÉRIÉES

Dans ce chapitre seront décrits tous les produits isolés des liquides et des organes des animaux vivants qui, par leurs propriétés physiques, chimiques et physiologiques, se rapprochent plus ou moins des ptomaïnes et surtout des leucomaïnes. Les connaissances chimiques vraiment positives que l'on possède actuellement sur ces produits ne permettant pas de les rattacher d'une façon absolue à aucun des groupes chimiques étudiés dans le précédent chapitre, il est nécessaire de recourir à une autre méthode pour en faire la description. Celle qui paraît la plus propre à fixer les idées sur l'origine et la nature des leucomaïnes consiste, croyons-nous, à étudier tout d'abord celles que l'on a isolées des différentes sécrétions glandulaires. Le liquide sécrété qui sert de véhicule à la leucomaïne étant évidemment un produit direct du travail cellulaire de la glande, il sera facile, en généralisant un peu, de se faire une idée sur l'origine et le mode de production des autres leucomaïnes que l'on a rencontrées dans les organes et les liquides de l'économie et partant d'en faire une étude plus fructueuse et plus satisfaisante pour l'esprit.

LEUCOMAÏNES DES SÉCRÉTIONS

De toutes les sécrétions, celle qui s'impose tout d'abord à l'examen en raison du haut intérêt qu'elle comporte et du grand nombre de travaux qu'elle a suscités, est certainement la sécrétion des animaux venimeux et tout spécialement celle des reptiles. C'est donc par elle qu'il convient de commencer.

Leucomaïnes des sécrétions venimeuses. Aperçu historique. — Le venin a, de tous temps, beaucoup frappé l'imagination des observateurs et suscité un grand nombre de travaux. Francesco Redi (1664), Richard Mead (1702), Fontana (1767), Moreau de Jonnès (1816), Blot (1823), E. Rufz (1859), de Lacerda, Cl. Bernard, Vulpian et Brainard, pour ne citer que les plus connus ont fait des études du plus haut intérêt sur le venin des reptiles. Toutefois, ces auteurs ne se sont guère attachés qu'à en étudier les caractères histologiques et les propriétés physiologiques laissant à peu près entièrement de côté la question chimique.

Cloëz et Gratiolet paraissent être les premiers qui, en 1852, aient tenté avec quelques succès d'isoler le principe actif du venin. Ces auteurs isolèrent du liquide contenu dans les pustules cutanées des batraciens une substance qui précipitait en blanc par le bichlorure de mercure et qu'ils transformèrent en chloroplatinate.

Plus tard, Lucien Bonaparte trouva dans le venin de la vipère, parmi d'autres substances (matière colorante jaune, albumine ou mucus, substance soluble dans l'alcool, matière grasse et divers sels), un principe spécial qu'il rangea dans la catégorie des alcaloïdes et qu'il appela *Vipérine* ou *Echidnine*. Cette matière a les caractères des substances

organiques, elle est neutre, azotée, d'aspect gommeux, soluble dans l'eau froide, non coagulable par l'eau à 100 degrés. L'alcool la précipite, mais l'eau la redissout, ce qui la distingue des autres principes organiques et ce qui la rapproche de la ptyaline. Toutefois, elle se différencie de cette dernière en ce qu'elle est précipitée par le sulfate de sesquioxyde de fer.

Le procédé employé consistait simplement à laver sur un filtre le venin coagulé par l'alcool et successivement par l'eau qui dissout l'échidnine.

La substance ainsi préparée empoisonne comme le venin lui-même, elle noircit le sang et empêche sa coagulation.

A peu près, à la même époque, en 1866, Zalesky isola du venin un alcaloïde qu'il appela *samandarine* et auquel il attribua la formule $C^{34}H^{60}Az^{2}O^{5}$.

En 1877, M. Winter-Blyth, coagulant le venin du *cobra* par l'alcool, filtrant, évaporant, précipitant par l'acétate de plomb et décomposant par l'acide sulfhydrique, obtint par l'évaporation un principe acide cristallisé en petites aiguilles très toxiques. Ce principe se trouve dans le venin du cobra à raison de $0^{gr},1$ 0/0.

Plus récemmentWeir-Mitchell et T. Reichert ont retiré du venin de différents serpents de l'Amérique du Nord, trois substances toxiques : l'albumen-venin (la moins toxique), le globulin-venin qui tue les pigeons comme le venin complet et le peptone-venin qui paraît être l'agent putréfiant du venin. Puis, Weir-Mitchell travaillant seul, isola du venin de différents serpents faciles à reconnaître par le nom même de la matière extraite, la *crotaline*, la *najine*, l'*élaphine*. Tous ces principes sont neutres, résistent à 100°, aux agents chimiques les plus énergiques : les acides puissants, l'eau chlorée, les solutions iodées, le nitrate d'argent, l'ammoniaque caustique, l'alcool, etc., ce qui explique suffisamment l'inefficacité de ces agents employés comme contre-poisons. Il en serait à peu près de même du tanin et de l'iode qui ne peuvent que prévenir les accidents locaux et non les accidents généraux.

En 1881, M. Gautier a entrepris, de son côté, sur les venins du *Naja tripudians* (Cobra capello) et du *Trigonocéphale*, des études fort intéressantes, plus complètes que toutes celles qui précèdent. Les résultats obtenus par ce savant, tout en confirmant ceux de ces prédécesseurs, s'en éloignent cependant sur un certain nombre de points.

Le venin dont il s'est servi avait un pouvoir toxique très puissant. Un milligramme injecté en solution aqueuse sous la peau d'un moineau le plongeait rapidement dans la stupeur et l'immobilité, déterminant ensuite un hérissement général du plumage, la chute des paupières, de la suffocation atteignant 120 à 140 inspirations par minute, de la paraplégie, des convulsions, de l'opisthotonos et la mort. Le sang était noir et restait fluide. Le cœur s'arrêtait toujours en systole et les muscles étaient insensibles aux excitations électriques, caractères fort rares que l'on ne rencontre guère que dans les empoisonnements par les venins, la muscarine et les alcaloïdes cadavériques.

Ce terrible poison porté pendant plusieurs heures à une température de 120 à 125°, ne perd aucune de ses propriétés. Cette résistance à la chaleur le différencie nettement de la ptyaline et de la pancréatine

et des diastases en général qui perdent complètement leurs propriétés au-dessus de 70°.

Le perchlorure de fer, les essences de thym, de camomille, de valériane, de girofle et d'ail si souvent vantées pour le traitement des morsures de serpent mélangées même à d'infimes doses de venin et injectées sous la peau ne retranchent rien des résultats signalés plus haut. D'après M. Dujardin-Beaumetz, il en serait de même des alcaloïdes du cédron, la *cédrine* et la *valdivine*.

Le tanin, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, les carbonates de soude et de potasse, essayés de la même façon, ne font que retarder la mort de quelques minutes.

Cependant, la soude et la potasse libres jouissent de propriétés différentes bien remarquables. Mélangées au venin en proportion telle que l'alcalinité réponde à 15 milligrammes de SO^4H^2 par centimètre cube, l'une ou l'autre de ces bases en annihile à peu près complètement la propriété toxique. L'oiseau présente à peine quelques troubles passagers. Ces bases paraissent agir en détruisant le poison, car exactement reprises par l'acide sulfurique, le venin n'en est pas moins inoffensif. Ce fait est à rapprocher de celui rapporté par Salkowski à propos du violent poison des moules étudié à Wilhemshaven, la *mytilotoxine*. La solution alcoolique de cet alcaloïde évaporée avec une goutte de carbonate de potasse perd toutes ses propriétés toxiques.

La conclusion thérapeutique à tirer de ces faits et particulièrement de celui de M. Gautier est évidemment d'injecter, après avoir lié le membre au-dessus de la morsure de serpent, une solution pas très forte de potasse caustique dans la plaie et tout autour. Il serait certainement fort utile d'entreprendre une série d'expériences de thérapeutique expérimentale sur un sujet qui présente un si haut intérêt pour les populations des pays chauds où pullulent les serpents venimeux.

Les propriétés toxiques du venin du *Naja tripudians* sont dues à plusieurs principes azotés que M. Gautier est parvenu à isoler et dont la puissance varie beaucoup. Les deux premiers sont de vrais alcaloïdes, précipitant par le tanin, le réactif de Meyer et celui de Nessler, l'iodure de potassium ioduré, etc., et donnant des chloroplatinates et des chloraurates cristallisables, des chlorhydrates neutres, solubles, cristallins, légèrement hygrométriques. En liqueur neutre ou légèrement acide, ils forment du bleu de Prusse en présence du ferricyanure de potassium et des sels ferriques, ce qui les rapproche des ptomaïnes.

Ces alcaloïdes ne constituent pas la partie la plus vénéneuse du venin : l'un active seulement la sécrétion urinaire, la défécation, produit de l'essoufflement et de la stupeur; l'autre plonge l'animal dans un sommeil vigile. D'après M. Gautier, la substance la plus active du venin, celle qui tue, *ne serait pas un alcaloïde*.

Cette opinion paraît justifiée, en effet, par les belles recherches que le regretté Calmels, ancien chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris, a entreprises, en 1884, « sur le venin des batraciens ». (*Comptes rendus Acad. sc.*, t. XCVIII, p. 536.)

Ce jeune savant a démontré que ce venin renfermait en abondance, outre une petite quantité de *méthylcarbylamine* $C{=}Az{-}CH^3$, un nouveau corps, l'*acide méthylcarbylamine carbonique* ou *isocyanacétique*

$C=Az,CH^2-CO,OH$. Le premier de ces corps, qui viendrait du second, avait déjà été signalé par MM. Gautier et Etard parmi les produits de la putréfaction et obtenu par voie de synthèse par le premier de ces auteurs en partant de l'acide monobromacétique et du cyanure d'argent, ainsi que par Hoffmann en partant du glycocolle, du chloroforme et de la potasse.

L'analyse centésimale des cristaux d'acide isocyanacétique obtenus par Calmels n'a pu être faite, mais toutes les propriétés physiques, chimiques et physiologiques ne laissent aucun doute sur la nature méthylcarbylamique de ce corps. Comme la méthylcarbylamine, les cristaux d'acide isocyanacétique se dédoublaient en glycocolle et acide formique. L'isocyanacétate de potasse chauffé à sec donnait un vif dégagement de méthylcarbylamine. Cet acide dont les cristaux sont incolores à l'état pur forme des sels très solubles. Il se résinifie par la chaleur.

De même que la méthylcarbylamine obtenue par Hoffmann, l'acide méthylcarbylamine carbonique se formerait dans les cellules des glandes à venin des batraciens par fixation sur le glycocolle de l'acide formique à l'état naissant.

La méthylcarbylamine est un poison convulsivant *systolique du cœur* d'une énergie extraordinaire, plus puissante, d'après Calmels, que celle de l'acide prussique anhydre. Les lapins auxquels il faisait respirer les vapeurs de ce corps pendant quelques secondes seulement étaient, pour ainsi dire, foudroyés : ils poussaient un cri en tombant et mouraient après quelques convulsions.

Le privilège de fabriquer des poisons aussi terribles que ceux étudiés plus haut n'est pas uniquement réservé aux reptiles, aux batraciens et aux arachnides. M. le Dr Corre, médecin de la marine, a rapporté, depuis longtemps, dans sa « Nouvelle note relative aux poisons vénéneux » (*Arch. de méd. navale*, t. XXXV, p. 63), que certains poissons des mers de Chine et d'Australie produisent des poisons dont les propriétés physiologiques sont analogues à celles du venin des ophidiens. D'autre part, le Dr Crevaux a rencontré, aux bords de l'Orénoque, des raies dont les aiguillons canalisés renfermaient des réservoirs à venin. Ce venin est un toxique très énergique. Un de ses compagnons, piqué au pied par une de ces raies, mourut en quarante-huit heures, en présentant la plupart des phénomènes déterminés par le venin des reptiles.

On a signalé encore un grand nombre d'autres poissons qui possèdent des appareils vénénifères redoutables ou dont la chair même est plus ou moins toxique. Mais leur étude entraînerait trop loin et ne peut entrer dans ce travail.

Leucomaïnes de la salive et du sperme. — L'étude poursuivie sur le venin du naja et du crotale par M. Gautier, le porta naturellement à rechercher si la salive ne renfermait pas d'alcaloïdes. Cette vérification était d'autant plus indiquée que la salive administrée en injection hypodermique s'était montrée souvent toxique. Ainsi, 10 centigrammes d'extrait provenant de l'évaporation au bain-marie de 20 grammes de salive fraîche et normale, injectés sous la peau d'un oiseau, amenèrent rapidement les mêmes troubles que ceux déterminés par le venin des reptiles, mais beaucoup moins intenses. En injectant une quantité double ou triple, les

oiseaux mouraient presque infailliblement. Comme celui des reptiles, ce poison résiste à une température de 100° pendant plusieurs heures.

On n'a pas encore réussi à isoler ce poison à l'état de pureté. Toutefois, toutes ces propriétés semblent indiquer qu'il est bien de la nature des ptomaïnes. En effet, l'extrait de salive traité par le ferricyanure de potassium et le perchlorure de fer donne immédiatement un précipité abondant de bleu de Prusse. Ce même extrait traité par l'acide chlorhydrique étendu, puis par le réactif de Meyer, donne un précipité d'où l'on peut isoler, après lavages et décomposition par l'hydrogène sulfuré, un chlorhydrate cristallisé en fines aiguilles microscopiques qui forme immédiatement du bleu de Prusse par le réactif ferri-cyanoferrique. Enfin la solution de ces cristaux traitée par le chlorure d'or et de platine donne des cristaux solubles très altérables.

En somme, il semble que le venin des serpents diffère plutôt par son intensité que par sa nature.

Un autre produit glandulaire normal, le sperme, a déjà fourni depuis longtemps une substance alcaloïdique. Miescher, en 1874, et, plus tard, Picard, ont retiré un alcaloïde qu'ils ont appelé *protamine*, et auquel ils ont attribué la formule $C^9H^{60}Az^2O^3$. Cette substance n'existerait pas à l'état libre, mais combinée à un acide phosphonucléinique.

Leucomaïnes signalées dans différentes parties de l'organisme animal sain. — La découverte de bases alcaloïdiques que l'on avait faite dans les viscères de cadavre porta naturellement les chimistes à se demander si ces alcaloïdiques ne seraient point produits pendant la vie et s'ils ne s'y trouveraient point à l'état normal. C'est dans le but de vérifier cette hypothèse que deux chimistes italiens, Paterno et Spica, entreprirent, au moyen de la méthode de Stas-Otto, en 1880, une série de recherches sur le sang de bœuf, l'albumine d'œuf, le pain, etc., choisis aussi frais que possible. Ces auteurs arrivèrent à isoler de ces différentes matières des traces d'une substance qui avait la propriété de précipiter par le phosphomolybdate de soude et de réduire les chlorures d'or et de fer.

C'étaient là des résultats encourageants, mais insuffisants pour entraîner la conviction. La question devait être reprise avec soin. C'est ce qui fut fait, en effet, en 1882, par une commission spéciale chargée officiellement par le gouvernement italien de trancher la question.

L'œuvre fut conduite avec toute la prudence et toute la précision qu'elle comportait. Elle porta successivement sur l'œuf, le sang, le cerveau, le foie, le cœur et le poumon, et, disons-le par avance, elle aboutit aux résultats les plus positifs.

L'*œuf* donna des résultats différents, suivant que l'on opéra sur le blanc ou sur le jaune. Le blanc (100) ne fournit que des traces qui purent néanmoins être caractérisées comme produits basiques. Le jaune, au contraire, donna une grande quantité d'une base connue depuis longtemps, la *névrine*. Cette substance semble être un produit de dédoublement de la vitelline et de la lécithine.

Le *cerveau* de bœuf ne paraît pas plus riche en substances alcaloïdiques que l'albumine d'œuf. Avec 3,700 grammes, on ne put obtenir qu'une très minime quantité d'un corps basique précipitant abondamment par le phosphomolybdate de soude, l'iodure de potassium et de mercure, mais ne produisant seulement qu'un léger louche avec le chlo-

rure d'or. Plus tard, Brieger isola du cerveau humain frais une assez grande proportion de choline et de neuridine.

Le *foie* donna des résultats plus satisfaisants. Deux leucomaïnes furent extraites et séparées, grâce à la propriété que présentait l'une d'elles de se laisser enlever par l'éther de ses solutions alcalinisées par le bicarbonate de soude. La première forme un chlorhydrate et un sulfate acide de belle fluorescence violette. Elle réduit immédiatement le ferricyanure de potassium, précipite par l'iodure de mercure et de potassium, et donne un précipité jaune cristallin avec les chlorures d'or et de platine. La seconde base forme un chloraurate cristallin jaune canari. Elle paraît être la névrine.

Enfin le *sang*, le *cœur* et les *poumons* contenaient aussi une petite quantité de névrine.

La fréquence avec laquelle cette substance s'était présentée aux investigateurs de la commission leur fit conclure qu'elle constituait la principale base alcaloïdique des tissus vivants et qu'elle devait être un produit de dédoublement de la lécithine. C'est ce que pense aussi Brieger.

A la même époque, Guareschi et Mosso, opérant sur de la *chair de veau* fraîche, arrivèrent bien à trouver une petite quantité de bases alcaloïdiques à côté de la *méthylhydantoïne* $C^4H^6Az^2O^2$, uréide intermédiaire à la créatinine, à la sarcosine et à l'urée; mais, chose étonnante, ils tirèrent de ces résultats des conclusions opposées à celles des auteurs précédents. Ils émirent l'opinion que ces alcaloïdes étaient probablement formés pendant les opérations chimiques employées pour en faire l'extraction.

Fr. Coppola arrivait également à la même conclusion à la suite de recherches qu'il avait entreprises sur le sang artériel reçu dans une solution d'acide salicylique.

Cependant il semble résulter des expériences toutes récentes publiées par M. Robert Wurtz que le sang de bœuf frais contient bien des bases alcaloïdiques. Ce jeune chimiste a retiré, en effet, de 15 litres de sang traités par la méthode de M. Gautier des produits basiques cristallins donnant des chloroplatinates, chloraurates, chloromercurates nettement définis.

Le même expérimentateur serait parvenu également à isoler de l'air expiré deux bases volatiles à l'état de chlorhydrates : l'ammoniaque et une leucomaïne encore à l'étude et sans nom. Le chlorhydrate de cette dernière base précipitait par le réactif de Bouchardat, l'iodure double de potassium et de mercure, et répandait une odeur aromatique *sui generis* lorsqu'on la chauffait à 100°. Cette nouvelle base formait un chloraurate soluble, un chloroplatinate également soluble, cristallisant en aiguilles courtes dont la configuration rappelait celle de la base déjà extraite directement du sang.

Le moment ne saurait être mieux choisi pour rapprocher de ces intéressants résultats fournis par la chimie pure, ceux non moins intéressants assurément obtenus et publiés antérieurement par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. Des études publiées à la fin de l'année dernière (*Comptes rendus*, 28 novembre 1887) et faites dans le but de préciser la part que pouvait prendre l'air expiré par les phtisiques dans la détermination de la

tuberculose conduisirent ces auteurs à découvrir que l'air expiré par l'homme et les mammifères jouissant des attributs ordinaires de la santé contient un poison volatil des plus énergiques. Ce poison est nettement basique et organique. Il bleuit le papier de tournesol, jaunit l'acide sulfurique concentré et réduit le nitrate d'argent ammoniacal, ainsi que le chlorure d'or. De plus, il résiste à la température de l'ébullition en vase clos et traverse le filtre de porcelaine dégourdie. Il est donc naturel de penser que cette substance pourrait bien être l'alcaloïde isolé par M. Robert Wurtz.

Les propriétés physiologiques de ce poison ont été étudiées sur des lapins très vigoureux (12 à 15 environ). La solution toxique était préparée tantôt en retirant et filtrant une petite partie d'une certaine quantité d'eau qui avait été injectée dans les bronches, tantôt en faisant condenser les vapeurs de l'air expiré par l'homme sain ou par le chien et directement recueillies de la trachée de la bouche ou du nez.

La dose de liquide ainsi obtenu variait de 4 à 25 grammes et était introduite dans l'organisme soit par les vaisseaux, soit par la peau.

Les troubles fonctionnels les plus frappants et les plus constants se traduisaient avec les doses faibles (4 à 8 grammes) par une faible dilatation pupillaire ; une diminution dans la fréquence des mouvements respiratoires variant de 1/5 à 1/2 de l'état normal ; une faiblesse paralytique, accentuée surtout dans le train postérieur ; un abaissement très rapide de la température variant de 0°,5 à 5° C ; par une suractivité morbide persistante du cœur, ne se montrant généralement que le lendemain de l'expérience et atteignant jusqu'à 320 pulsations par minute et cela sans élévation de la température, quelquefois même avec un abaissement marqué.

Avec les doses les plus élevées (20 à 25 grammes), le tableau des troubles fonctionnels ci-dessus persiste, mais en présentant les modifications suivantes : l'animal a des convulsions générales, se recroquevilie au point d'être plié en deux ; ses intestins sont animés de mouvements rapides et énergiques qui semblent produire de terribles coliques ; l'adynamie devient profonde ; la faible dilatation de la pupille est remplacée par un resserrement très prononcé, accompagné de nystagmus et de contractures des muscles du globe oculaire ; enfin une diarrhée cholériforme persiste jusqu'à la mort.

La plupart des animaux sont morts assez rapidement. Deux ou trois seulement ont survécu.

Les lésions organiques, toujours les mêmes, se traduisaient par de la congestion dans presque tous les viscères mais à un plus fort degré dans les poumons qui présentaient souvent des ecchymoses et quelquefois même des foyers hémorragiques. Ces organes étaient aussi très emphysémateux. Le cœur gauche et les artères étaient rarement vides et quelquefois gorgés de sang. Plusieurs fois le cœur et les veines ont été trouvés remplis d'un sang encore rougeâtre ce qui indique évidemment qu'il était survenu un arrêt dans les échanges respiratoires. On ne trouva jamais ni embolie ni infarctus. L'encéphale et ses enveloppes ne présentaient que de la congestion. Les urines furent plusieurs fois albumineuses, jamais sucrées.

En somme, il ressort clairement de l'ensemble de ces désordres fonc-

tionnels et organiques que le poison pulmonaire découvert par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, a la propriété d'irriter fortement certaines parties du système nerveux et tout spécialement la base de l'encéphale.

Leucomaïnes de la rate. — En 1886, M. Morelle, un élève de M. Gautier, a extrait de la rate fraîche de bœuf, suivant la méthode d'analyse indiquée par ce dernier, un alcaloïde sous forme de chlorhydrate presque pur, cristallisé en aiguilles déliquescentes. Son chloroplatinate obtenu par évaporation lente cristallisait en tétraèdres modifiés sur les angles et son chloraurate sous forme d'arborisations.

M. Morelle a alors préparé avec d'autres rates de bœuf fraîches et par le même procédé, un extrait insoluble dans l'alcool et un extrait alcoolique repris par l'eau qu'il a remis à M. Laborde pour en étudier les propriétés physiologiques. Les résultats obtenus par M. Laborde avec le premier extrait se traduisaient chez la grenouille, tout d'abord, par de l'excitation générale suivie d'une tendance au repos et d'immobilité. Les autres fonctions ne paraissaient pas troublées. Chez le cobaye, les désordres étaient à peu près nuls. On ne constatait qu'une forte nodosité au point d'injection.

L'extrait alcoolique avait, au contraire, des propriétés toxiques énergiques. L'excitation générale était plus rapide et plus prononcée, le collapsus et la perte de la sensibilité complets. Le nerf sciatique et les muscles du membre injecté restaient insensibles aux excitations électriques, tandis que ceux du membre respecté réagissaient bien. Cependant les phénomènes morbides s'accentuaient peu à peu, et après 5 heures environ, l'animal succombait. Chez le cobaye, les désordres étaient à peu près les mêmes mais moins accentués. La mort ne survenait qu'après 48 heures. L'autopsie révéla une tuméfaction très étendue partant du point d'inoculation et s'étendant presque dans tout l'organisme, un état congestif de tous les organes, avec des ecchymoses sous-pleurales et de l'infiltration sanguine dans le foie, la rate et les reins. En somme, ce poison agirait surtout sur le système nerveux et le sang.

Toutefois il est nécessaire de faire remarquer que les produits expérimentés n'étaient pas des substances pures, des alcaloïdes définis, mais des extraits probablement très complexes, il y a lieu de faire des réserves sur la nature de ce poison.

Leucomaïnes de l'urine. — En 1880, M. G. Pouchet, en suivant la méthode personnelle assez compliquée dont les principes ont été décrits dans la première partie de ce travail, est parvenu à séparer des innombrables produits qui se trouvent dans l'urine normale, une nouvelle base se comportant comme les alcaloïdes végétaux. Cette substance est faiblement alcaline, cristallise difficilement en aiguilles déliées, est très déliquescente, très peu soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther. Son chlorhydrate se présente sous l'aspect de pinceaux de longues et fines aiguilles groupées autour d'un point. Ce chlorhydrate précipite en blanc jaunâtre par le réactif de Nessler sans réduction du mercure, ce qui le différencie de la créatinine, en jaune brun par l'iodure de potassium ioduré. Il forme un chloroplatinate cristallisé en longs prismes orthorhombiques jaune d'or, solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool et l'éther, et un chloraurate constitué par de longues aiguilles jaune serin également très solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool et l'éther.

M. Pouchet a cherché ultérieurement (*Monit. scient. de Quesneville*, 1884, p. 253) à établir la composition centésimale de cette nouvelle base alcaloïdique. L'analyse du chloroplatinate l'a conduit aux formules $C^7H^{12}Az^4O^2$ et $C^7H^{14}Az^5O^2$ qui ne diffère de la première que par H^2 en plus.

D'après le même auteur, l'urine normale contiendrait aussi une très petite quantité de bases hydropyridiques, proches voisines de celles isolées du poisson putréfié par MM. Gautier et Etard et décrites dans le chapitre des ptomaïnes.

Pendant que la chimie pure apportait à la science, entre les mains de M. Pouchet, ces intéressants résultats, la pathologie expérimentale ne restait pas inactive. Un certain nombre d'expérimentateurs ingénieux et clairvoyants s'efforçaient de démontrer la toxicité des urines normales et d'en préciser la cause.

MM. V. Feltz et Ritter annonçaient en 1881 que les urines humaines, normales, fraîches, bien filtrées, de 1018 à 1020, chauffées à 33°, produisent des effets toxiques chez le chien lorsque l'on injecte dans sa circulation un volume correspondant à celui qu'il rend en 72 heures environ et qui correspond à peu près au 15e de son poids. Les troubles fonctionnels ainsi produits sont ceux que l'on observe chez les animaux dont on supprime la sécrétion urinaire et chez les malades atteints d'accidents dits urémiques et urinémiques : efforts d'élimination par le tube digestif, phénomènes nerveux convulsifs, toniques et cloniques, conduisant toujours au coma et presque toujours à la mort.

On verra plus loin à propos des études sur les urines provenant de malades que la dose nécessaire pour amener l'empoisonnement était de beaucoup inférieure au 15e du poids du corps. Elle ne correspondait plus qu'au 30e et même au 45e du poids de l'animal. En d'autres termes, il suffisait d'injecter la moitié ou même le tiers du poids nécessité avec les urines normales.

Un peu plus tard, en 1882, M. Bocci concluait de ses expériences sur la grenouille, le rat, le cobaye et le lapin que l'urine humaine a des propriétés toxiques curarisantes d'intensité variable suivant le moment de leur émission, l'âge, le sexe et la vigueur des individus. L'urine rendue après le repos est plus toxique que celle rendue avant. Celle d'un homme vigoureux serait aussi plus toxique que celle du vieillard et de la femme. Enfin son action est beaucoup plus prononcée sur la grenouille que sur les autres animaux cités plus haut.

Aucun des auteurs ci-dessus, M. Pouchet excepté, n'avait indiqué la nature alcaloïdique du poison urinaire. MM. Feltz et Ritter pensaient même en 1881 que la toxicité des urines était due à leurs sels et en particulier à ceux de potasse plutôt qu'aux produits organiques. Toute différente était à cette époque l'opinion de M. Bouchard qui n'hésitait pas, en effet, à affirmer dans un article publié dans la *Revue de médecine* (*De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques*, 1882, p. 825) qu'il existe bien des alcaloïdes dans l'urine et il terminait sa communication par les conclusions suivantes qui montrent bien où en était à ce moment, encore si près de nous, l'état de cette grande question des alcaloïdes d'origine animale.

« Il existe, dit M. Bouchard, des alcaloïdes à l'état normal dans le corps des individus vivants.

« Ces alcaloïdes sont fabriqués dans le tube digestif et sont vraisemblablement élaborés par des organismes végétaux, agents de la putréfaction intestinale.

« Les alcaloïdes des urines ne sont qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin absorbés à sa surface et éliminés par les reins.

« Les maladies qui augmentent la putréfaction intestinale augmentent par ce procédé les alcaloïdes dans l'urine.

« Tout en considérant comme probable que des alcaloïdes peuvent dans certaines maladies infectieuses avoir pour origine les microbes répandus dans les tissus ou dans les humeurs, il paraît certain que, dans la fièvre typhoïde, une partie des alcaloïdes urinaires, au moins, soit de provenance intestinale. »

Ainsi qu'il ressort de ces conclusions, M. Bouchard semblait laisser de côté à cette époque la part prise par les processus d'oxydation des tissus dans la production des substances alcaloïdiques de l'urine. Mais, à la suite des belles séries de recherches expérimentales qu'il poursuivit plus tard sur l'homme sain, dans le but d'établir la toxicité des urines normales et l'influence exercée sur son coefficient par l'alimentation, l'abstinence, le sommeil, le travail musculaire et l'air comprimé, M. Bouchard fut conduit à faire jouer un rôle des plus importants à ces processus d'oxydation.

Ces recherches poursuivies avec rigueur l'amenèrent à établir la série des faits suivants :

1° 10 à 15 grammes d'urine humaine normale injectés dans la circulation d'un lapin, déterminent un empoisonnement caractérisé par la contraction pupillaire, l'accélération des mouvements respiratoires, la somnolence et la titubation, l'augmentation de la sécrétion urinaire et des mictions, l'hypothermie, la diminution des réflexes palpébraux et cornéens, l'exophthalmie. Après la mort, qui arrive avec quelques spasmes, le cœur continue à battre et les muscles conservent leur contractilité.

2° Chaque kilogramme d'homme bien portant fabrique en 24 heures, une quantité de poison urinaire suffisante pour tuer $464^{gr},5$ de matière vivante, nombre qui représente précisément son coefficient urotoxique. Un homme de poids moyen mettrait donc 52 heures pour fabriquer la quantité de poison urinaire suffisante pour se tuer lui-même ;

3° Cette puissance urotoxique est à peu près invariable pour l'urine totale des 24 heures. Mais elle varie, au contraire, dans des proportions étendues, si on expérimente l'urine provenant de l'un des trois tiers de la journée : périodes de sommeil, de veille matinale, de veille vespérale. La puissance toxique de ces trois périodes peut être respectivement représentée par les chiffres 3-7-5 pour une alimentation non réglée.

4° Les urines sécrétées pendant la veille renferment des *poisons narcotiques* et celles du sommeil des *poisons convulsivants*, ce qui porte naturellement à se demander si ce curieux antagonisme ne serait pas le procédé physiologique chargé d'assurer l'alternative si mystérieuse de la veille et du sommeil de la machine animale.

5° L'identité de nature et de poids des aliments administrés au début de chaque période (sommeil, veille matinale, veille vespérale) détermine

un changement de toxicité urinaire, qui peut être représentée pour les trois périodes par les nombres 3-7,5-5,5.

6° La toxicité urinaire augmente après la suppression du repos du début de la période de sommeil, ce qui porte à penser que les tissus sont moins facilement oxydables que les substances alimentaires nouvelles en circulation;

7° Le travail musculaire actif, en pleine campagne, abaisse la toxicité urinaire de 30 0/0 pour les urines totales des 24 heures; de 27 0/0 pour celles de la veille et de 40 0/0 pour celles du sommeil.

8° La suroxygénation diminue encore plus la toxicité urinaire. Après 4 heures de séjour dans l'air comprimé à 116^{cm}; elle tombe de 43 0/0. Dans les 12 heures qui suivent la décompression, elle s'abaisse de 66 0/0. Enfin, phénomène curieux, dans les 8 heures qui viennent ensuite, cette toxicité dépasse de 33 0/0 celle de la période correspondante du jour précédent.

Comme on le voit, il résulte de ces faits que les causes qui influencent la toxicité urinaire peuvent agir non seulement pendant la durée de leur application, mais encore longtemps après qu'elles ont disparu. C'est pour cette raison que M. Bouchard est conduit à s'expliquer pourquoi la veille matinale est plus toxique que le sommeil et celui-ci moins que la veille vespérale.

En résumé les variations de la toxicité urinaire dépendent donc de cinq facteurs physiologiques : alimentation normale, abstinence, sommeil, veille au repos, veille en activité musculaire et intensité plus ou moins grande des oxydations.

En présence de résultats aussi positifs que ceux apportés par M. Bouchard et relatés ci-dessus, il paraît tout naturel, au premier abord, d'admettre que la toxicité des urines normales est due à la présence d'alcaloïdes très énergiques éliminés par les reins. Cependant, si l'on rapproche de ces résultats les faits contraires publiés par un chimiste autorisé, M. Villers, on verra qu'il est prudent de ne pas se prononcer encore d'une façon absolue sur la nature alcaloïdique du poison urinaire. En 1885, ce chimiste de profession entreprit une série de recherches de chimie pure sur les alcaloïdes de l'urine humaine normale. Sa méthode de travail simple, commode et expéditive, consistait à évaporer à siccité 1 à 2 litres d'urine en partie à chaud, en partie par l'action du vide, à reprendre le résidu par l'alcool; évaporer de nouveau dans le vide et reprendre ce deuxième résidu encore par l'alcool. La présence des alcaloïdes était décelée en les déplaçant par les carbonates alcalins en présence de l'éther et en les enlevant à la solution éthérée par une goutte d'acide chlorhydrique. C'est sur le chlorhydrate, ainsi obtenu, que M. Villers essayait les différents réactifs des alcaloïdes. En procédant ainsi, il n'est parvenu à déceler la présence d'alcaloïdes dans l'urine normale que 2 fois sur 10. Aussi conclut-il que les urines ne contiennent pas normalement de bases alcaloïdiques et que, quand il s'en trouve c'est qu'elles sont dues à un trouble quelconque de l'organisme, trouble le plus souvent inappréciable pour le sujet lui-même. A l'appui de cette opinion, il cite les observations qu'il a faites sur lui-même. Ses urines examinées régulièrement, pendant quelques jours, alors qu'il jouissait de la santé la plus satisfaisante, ne renfermaient pas trace d'alcaloïde;

mais dès que survenait soit une légère bronchite, soit un malaise, soit un faible degré de fièvre, les alcaloïdes faisaient, paraît-il, immédiatement leur apparition et il pouvait constater nettement leur présence par le procédé ci-dessus exposé. Plus récemment MM. Chibert et Izan (*Comptes rendus Ac. sc.* 1886, p. 1152), sont parvenus à reconnaître des alcaloïdes dans les urines normales ou pathologiques, en se fondant sur la fluorescence produite par le réactif de Bouchardat.

Il est fort possible, du reste, que la toxicité des urines normales, mise hors de doute par les travaux de M. Bouchard, ne soit pas due uniquement à des produits alcaloïdiques et que l'agent le plus toxique soit de même ordre que celui, encore mal défini, signalé par M. Gautier dans le venin du cobra et du trigonocéphale, à côté de produits franchement alcaloïdiques. Peut-être, aussi, se rapproche-t-il de l'acide isocyanacétique, ce composé triméthylcarbylaminé, trouvé dans le venin du crapaud par Calmels, et dont l'énergie toxique dépasse celle des poisons les plus violents étudiés jusqu'à ce jour.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il est certain que la toxicité des urines tient à plusieurs causes. Les matières inorganiques constituent un facteur de toxicité dont il faut tenir compte, ainsi que le montrent les expériences que MM. R. Lépine et Aubert ont faites sur ce point en 1885. Ces expérimentateurs ont constaté, en effet, que le résidu calciné, retiré d'un volume déterminé d'urines normales était seulement un peu moins toxique que le même volume d'urine complète. S'il en est bien ainsi, la partie organique ne serait guère plus toxique que la partie inorganique. Toutefois, la toxicité respective de ces deux facteurs varie beaucoup en passant de l'état normal à l'état pathologique. Dans ce dernier état, la partie organique serait beaucoup plus toxique que la partie inorganique.

Parmi les autres liquides physiologiques de l'organisme humain, les eaux de l'amnios ont encore été signalées comme pouvant renfermer des substances alcaloïdiques. Ainsi, en 1883, MM. Mouron et Schlagdenhauffen ont trouvé dans ce liquide qu'ils avaient eu soin de recueillir, par une ponction des membranes au moment même de l'accouchement, une faible proportion de résidu basique présentant les réactions des alcaloïdes. Ce fait est certes fort intéressant, car si la toxicité de cet alcaloïde était démontrée, elle pourrait nous donner des éclaircissements sur un certain nombre d'accidents de la gestation.

Pour terminer l'énumération des substances qui semblent avoir une parenté avec les alcaloïdes, je signalerai enfin les faits rapportés par Foa et Pellacani. Ces expérimentateurs dans une étude comparative entreprise sur la toxicité des différents organes frais de l'économie humaine sont arrivés à les ranger ainsi suivant la progression décroissante de leur toxicité : cerveau, capsules surrénales, testicules, reins, ganglions lymphatiques, foie et rate. Les propriétés toxiques de cette dernière seraient en général nulles. Les expériences des auteurs consistaient, simplement à injecter dans la veine jugulaire du lapin, une dilution aqueuse préparée avec les différentes viscères. Ces différentes liqueurs possédaient un pouvoir coagulant des plus marqués car, à peine injectées, le sang du cœur et de la petite circulation se coagulait et l'animal mourait de l'asphyxie la plus aiguë.

Toutefois, la dilution préparée avec les capsules surrénales se comportait d'une façon différente, plus en rapport avec l'action d'un poison alcaloïdique. Elle déterminait la prostration, du collapsus, de la paralysie motrice et sensitive et des troubles respiratoires graves d'origine nerveuse centrale.

Leucomaïnes signalées dans différentes parties de l'organisme animal malade. — Depuis longtemps déjà, on a constaté d'une façon précise que quelques-unes des substances que nous appelons aujourd'hui leucomaïnes subissent, suivant les maladies, de grandes variations soit dans leur production, soit dans leur élimination, soit aussi dans leur transport à travers l'organisme.

Dès 1860, Schottin établissait, par des analyses rigoureuses (*Ueber die Auscheidung von Kreatin und Kreatinin durch Harn und Transsudate. Archiv der Heilkunde*, 1860) que : dans l'urémie, la créatinine diminue dans l'urine pour s'accumuler dans le sang et produire ainsi les troubles fonctionnels les plus graves ; que, dans les épanchements séreux ou du tissu cellulaire, cette même substance diminue dans l'urine ainsi que la créatine dans le sang pour se porter l'une et l'autre dans les épanchements où on peut les retrouver accumulées.

Cet auteur avait démontré également que, dans la fièvre typhoïde, ces deux principes s'accumulent dans les muscles et les exsudats.

Plus tard, Munck trouva aussi que la créatinine urinaire augmente chez les pneumoniques et les typhoïsants pour diminuer pendant la convalescence. Senator, Sarokin observèrent aussi une augmentation très considérable, pouvant aller jusqu'au double, dans le tétanos et la fatigue musculaire. De son côté, Hoffmann (*Virchow's Archiv.*, t. XLVIII) était arrivé aux mêmes résultats pour les fièvres en général et à des résultats inverses pour l'abstinence, la faiblesse générale, l'insuffisance de la nutrition et de l'alimentation, le diabète et la dégénérescence des reins.

En 1867, le Dr P. Chalvet démontrait également, par des analyses comparatives sur le sang et l'urine, que, dans l'urémie, l'ensemble des matières extractives diminue dans l'urine pour augmenter dans le sang.

Salkowski a trouvé aussi que chez les leucémiques, la sarcine augmente beaucoup dans l'urine et surtout dans la moelle des os.

Enfin, plus récemment, en 1880, M. G. Pouchet a publié des résultats frappants pour la xanthine. Il isola une quantité relativement énorme de ces alcaloïdes des urines de deux malades atteints l'un, de pachyméningite cervicale hypertrophique, l'autre de tabes dorsal. Le premier en éliminait 15 centigrammes par 24 heures et le second 8 centigrammes. On sait d'après Neubauer que, pour obtenir 1 gramme de cette substance, il ne faut pas employer moins de 300 litres d'urine normale.

A côté de la xanthine, M. Pouchet trouvait aussi des quantités anormales de guanine et de sarcine.

On peut dire d'une facon générale que la xanthine, l'hypoxanthine, la guanine et la carnine augmentent manifestement dans les maladies fébriles et les affections du système nerveux.

Depuis les intéressants travaux de M. G. Pouchet, la recherche des substances alcaloïdiques a été faite dans les produits les plus variés d'un grand nombre de maladies.

En 1882, M. Bouchard, étudiant le degré de toxicité des urines fraî-

chement émises par des malades atteints de pneumonie, néphrite infectieuse, diarrhée putride, pleurésie infectieuse, ictère infectieux, fièvre typhoïde, etc., a trouvé que les urines contiennent des produits toxiques plus abondants et beaucoup plus énergiques que ceux des urines normales. La quantité de poison rendue dans les 24 heures, allait jusqu'à un milligramme pour les typhoïdiques, dose qui serait relativement considérable vu la quantité infime rendue à l'état normal.

Lépine et Guérin, en 1884, traitant l'urine de typhiques et de pneumoniques par la lessive de soude en excès, puis à plusieurs reprises par l'éther, distillant la liqueur éthérée et reprenant le résidu par l'eau acidulée sont arrivés à isoler un principe très toxique qu'ils ont expérimenté sur la grenouille.

Le principe des urines des typhiques amenait du ralentissement du cœur et son arrêt en diastole. Celui des urines de pneumoniques, déterminait au contraire un arrêt en systole sans ralentissement préalable.

Ces auteurs ont reconnu aussi que, dans les cas de pneumonie grave, l'urine renfermait plus de matière toxique que celle des cas légers.

MM. Feltz et Erhmann, son chef de laboratoire, ont repris les expériences de M. Bouchard en 1886, sur les urines de malades atteints de fièvre typhoïde, scarlatine, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu.

Plus récemment encore, M. Feltz les a étendues aux urines d'ictériques, de brightiques et de différents cachectiques. Dans tous les cas, ces auteurs ont obtenu des résultats confirmatifs de ceux de M. Bouchard. Toujours les urines de malades se sont montrées beaucoup plus toxiques que celles des individus sains. La dose toxique de l'urine pathologique était supérieure de moitié ou même des deux tiers à celle de l'urine normale.

Les auteurs précédents se sont contentés de démontrer l'existence d'un poison énergique dans les urines normales et pathologiques, sans chercher à en déterminer chimiquement et d'une façon précise la nature. Il y avait là une lacune que MM. Pouchet et Villers ont essayé de combler chacun de leur côté.

Reprenant à un point de vue purement chimique l'étude des matières extractives des urines, provenant de malades atteints d'affectious cérébrales apyrétiques (Pouchet), de rougeole, diphtérie, pneumonie, phtisie, abcès à la tête (Villers), ces deux chimistes y ont décelé nettement par les méthodes d'analyse déjà décrites, la présence de substances alcaloïdiques.

Ces auteurs ont encore obtenu des résultats plus caractéristiques et plus satisfaisants en opérant sur des produits pathologiques autres que les urines.

C'est ainsi que M. Villers a isolé respectivement par la méthode de Stas, des organes de deux enfants morts de broncho-pneumonie survenue dans le cours d'une rougeole chez l'un, et dans le cours d'une diphtérie chez l'autre, deux alcaloïdes qui possédaient des propriétés physiques et chimiques identiques. Ces alcaloïdes se présentaient sous la forme d'un liquide volatil dont l'odeur excitante déterminait de l'éternuement.

Leur saveur peu marquée était caustique et piquante, leur réaction neutre au tournesol. Les bicarbonates alcalins les mettaient facilement en liberté et l'éther les enlevait rapidement de leurs solutions. Tous les

deux donnaient des précipités amorphes : blanc avec l'iodure de mercure et de potassium, l'iodure de potassium ioduré et avec le bichlorure de mercure ; jaunâtre avec l'eau bromée (réaction d'une grande sensibilité); blanc jaunâtre soluble à chaud, sans réduction avec le chlorure d'or. Ils restaient absolument insensibles en présence du chlorure de platine, du bichromate de potasse, du tanin et de l'acide picrique. Leur action réductrice était lente sur le ferricyanure et l'acide sulfurique les colorait en brun.

Enfin, ces deux substances formaient des chlorhydrates identiques cristallisés sous la forme de prismes blancs opaques non déliquescents.

Ces alcaloïdes paraissaient s'être localisés surtout dans le poumon, le foie et le rein.

Les recherches de M. Villers sur le choléra ne furent pas moins heureuses que les précédentes. Des organes de deux cholériques qui lui avaient été remis par M. Hayem, alors que ce maître dirigeait, pendant la dernière épidémie, le plus important service de Paris, M. Villers retira une nouvelle base nettement alcaloïdique.

Cet alcaloïde qui se trouvait dans tous les organes, mais qui semblait s'être localisé plus spécialement dans l'intestin était liquide, franchement alcalin, âcre au goût et répandait une odeur d'aubépine prononcée. Il se comportait comme une base assez énergique, indifférente en présence des bicarbonates alcalins. Seuls les alcalis parvenaient à le déplacer.

Cette substance donnait un précipité blanc avec l'iodure de potassium et de mercure, le tanin, le bichlorure de mercure; jaune avec l'eau bromée et l'acide picrique ; blanc jaunâtre avec le chlorure d'or; brun avec l'iodure de potassium ioduré, qui paraît être son réactif le plus sensible. Le chlorure de platine et le bichromate de potasse restaient sans effet. Le ferricyanure de potassium et le perchlorure de fer n'étaient réduits que lentement. L'acide sulfurique pur versé sur l'alcaloïde produisait une coloration violette, faible et fugace.

Son chlorhydrate complètement neutre au tournesol, cristallisait en longues aiguilles fines, transparentes extrêmement déliquescentes.

Cet alcaloïde injecté à la dose de 1 à 2 milligrammes sous la peau d'une grenouille n'a produit qu'un ralentissement passager du cœur. Sur le cobaye les effets furent beaucoup plus marqués, l'injection de 6 milligrammes fit tomber les battements du cœur et amena quelques secousses musculaires violentes, mais fugitives après trois quarts d'heure. La mort survint le quatrième jour. Le cœur était en diastole et plein de sang, la surface pulmonaire ecchymosée et le cerveau congestionné.

Les recherches que M. G. Pouchet a faites sur le choléra ont porté plus spécialement sur la bile et les déjections. Comme M. Villers il a obtenu des substances alcaloïdiques nettement alcalines.

Celle qu'il a isolée des déjections des cholériques en les épuisant par le chloroforme, se présentait sous la forme d'un liquide huileux, incolore, exhalant l'odeur caractéristique des bases pyridiques auxquelles elle appartient probablement. Elle se montrait très oxydable au contact de l'air et de la lumière et prenait ainsi une coloration rose d'abord, puis brune.

Cette base franchement alcaline réduisait énergiquement le ferricyanure de potassium en présence du chlorure ferrique, les chlorures d'or

et de platine et en général les réactifs des alcaloïdes. Son chlorhydrate se dissolvait facilement dans le vide ou par la chaleur.

Elle se montra très toxique. M. Pouchet, qui en a éprouvé les effets, raconte que les troubles consistaient en frissons intenses et pénibles, crampes, nausées, anurie absolue et prolongée plus de 30 heures, irrégularités du pouls, glycosurie pendant 3 jours, embarras gastrique persistant.

Peut-être est-ce à un produit volatil de ce genre qu'il faut rapporter la grave indisposition dont fut atteint M. Le Bon, à Kombakomum (Inde). Après être resté seulement dix minutes auprès d'un bassin infect situé au centre d'un foyer intense de choléra, M. Le Bon fut pris de coliques violentes et de diarrhée intense qui ne persista que quelques heures seulement.

Injecté à des animaux, cet alcaloïde détermina du ralentissement du cœur, la mort et une rigidité cadavérique rapide.

Opérant ensuite sur des cultures de bacille virgule de Koch, M. Pouchet aurait décelé des traces du même alcaloïde. On a vu dans la première partie de ce travail que M. Brieger a repris la question dans ces derniers temps et qu'il est parvenu à isoler plusieurs bases des mêmes cultures.

Enfin, pour terminer l'exposé des recherches qui ont été faites dans le but de savoir si les produits de cholériques renferment un poison spécial, je signalerai encore les résultats que M. Bouchard a fait connaître au Congrès pour l'avancement des sciences qui a eu lieu à Grenoble en 1885.

Suivant sa méthode ordinaire, employée dans les études de ce genre, M. Bouchard a injecté une certaine quantité d'urine fraîche de cholérique dans la circulation du lapin, et il a déterminé ainsi un ensemble de troubles fonctionnels et de lésions se rapprochant beaucoup de ceux observés chez les cholériques. Immédiatement après l'injection, l'animal était pris de diarrhée fécaloïde qui était bientôt suivie d'évacuations séreuses, opalescentes, grisâtres ou rougeâtres, qui persistait plusieurs jours. Il présentait en outre de la cyanose, des crampes et une hypothermie considérable qui augmentait après l'injection. La mort survenait au bout de quelques jours. Les intestins contenaient une matière qui présentait à l'œil nu comme au microscope, tous les caractères des matières intestinales des malades. M. Bouchard fait observer que l'on ne saurait confondre les lésions et les désordres fonctionnels relatés ci-dessus, avec ceux que l'on obtient avec une urine quelconque. Ces derniers, en effet, se traduisent toujours par de la contraction pupillaire, des troubles respiratoires, de la faiblesse musculaire, de la diurèse, de la narcose et de l'hypothermie, mais une hypothermie qui cesse quelques minutes après l'injection.

Ainsi le tableau morbide exposé plus haut serait bien spécial au poison cholérique. De plus, il semblerait, d'après les expériences que M. Bouchard a faites avec les bouillons de culture du bacille virgule, que la production de ce poison ne dût pas être attribuée à ce microbe. Les injections faites avec ces bouillons n'ont aucunement produit les désordres ci-dessus.

Pyocyanine. — La pyocyanine est la matière qui donne au pus bleu et probablement aussi à la sueur bleue leur coloration. Mal connue depuis bien longtemps, obtenue par Courtaret avec le chloroforme, sous forme

de matière pulvérulente bleue, par Delore sous forme de résidu vert avec l'alcool, elle n'a été isolée, bien cristallisée à l'état de pureté qu'en 1859 et 1860 (Acad. sc.) par Fordos.

Depuis, en 1882, M. le docteur Gessard en a fait une étude très complète dans sa thèse inaugurale (Paris). Il a démontré qu'elle se comportait absolument comme une base alcaloïdique tant par ses sels que par ses réactions et qu'elle était produite par un microbe qu'il a cultivé dans la salive humaine, l'urine, le blanc d'œuf, le jus de carottes, la sueur, etc., où il forme beaucoup de couleur et qui probablement n'est autre que le *bacteridium cyaneum* de Schœter ou le micrococcus *cyaneus* de Cohn.

Le meilleur procédé d'extraction, celui conseillé par Fordos et par Gessard est le suivant : Traiter les linges teintés par le pus au moyen de l'eau ammoniacale ; agiter l'eau ainsi préparée avec le chloroforme qui entraîne la couleur et les matières grasses, décanter et filtrer la solution chloroformique ; traiter cette solution par l'eau acidulée (acide chlorhydrique ou sulfurique) qui enlève la couleur bleue à l'état de combinaison rouge sans toucher à une autre couleur qui en dérive la pyoxanthose ; décanter, filtrer l'eau acidulée et reprendre l'acide par la baryte et mieux par l'ammoniaque ; filtrer la liqueur devenue bleue par la mise en liberté de la couleur et l'enlever par le chloroforme.

Par l'évaporation à l'air libre de cette solution chloroformique on obtient une belle cristallisation de pyocyanine. Toutefois, si les cristaux ne sont pas suffisamment bien formés, il suffira de les redissoudre dans l'eau et de les faire recristalliser.

Ainsi préparée la pyocyanine se présente sous l'aspect de nombreuses formes cristallines dont les plus ordinaires sont des lamelles rectangulaires, des prismes microscopiques et des aiguilles déliées, isolées ou groupées en étoiles, houppes ou aigrettes. Ces cristaux sont inaltérables à l'air sec, mais l'air humide leur fait prendre, sans les déformer, une coloration jaune due à une transformation partielle en pyoxanthose. Il est facile d'enlever cette dernière couleur par l'éther et de redonner aux cristaux leur couleur bleue. Ces cristaux ne se subliment pas.

La pyocyanine est amère, soluble dans l'eau, plus à chaud qu'à froid, dans l'alcool, le chloroforme et aussi, faiblement, dans l'éther. Toutes ces solutions sont d'un bleu magnifique, neutres au papier tournesol et inaltérables à l'ébullition. Le chlore les décolore, l'acide sulfureux les jaunit sans les altérer en solution aqueuse, les agents réducteurs, l'acide sulfhydrique, l'hydrogène naissant, la putréfaction les font passer au vert puis au jaune, mais, dans tous les cas, l'agitation avec l'air restitue la couleur bleue.

La réaction caractéristique de la pyocyanine est de passer du bleu au rouge carmin ou rouge cerise par les acides.

Elle ne précipite ni par l'acétate neutre ni par l'acétate basique de plomb, et reste indifférente en présence des alcalis et des alcalins terreux, sans excès, à froid.

Un certain nombre de réactions caractéristiques permettent de la considérer comme un alcaloïde. D'après M. Gessard elle ne serait pas toxique : il a pu en injecter 2 milligrammes chez un moineau et chez un bruant sans produire autre chose qu'un léger malaise passager.

La pyocyanine, en s'oxydant au contact de l'air, se transforme plus ou

moins complètement en une matière jaune : la *pyoxanthose*, qui donne au pus la coloration bien connue des chirurgiens.

Cette substance cristallise en aiguilles plus ou moins déliées et enchevêtrées, solubles dans l'alcool, le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine et surtout l'éther. Elle est peu soluble dans l'eau, mais assez soluble dans les huiles.

Elle se comporte comme un alcaloïde en présence de leurs réactifs, ce qui porte à la considérer comme une base. Toutefois l'instabilité de ses sels et surtout la difficulté avec laquelle une liqueur acide l'enlève à sa solution chloroformique et la facilité avec laquelle elle passe, au contraire, de cette même solution dans une liqueur alcaline pour y former des sels stables, porte à en faire, sinon un acide très faible, du moins un corps indifférent.

Tout récemment M. Charrin a communiqué à la Société de biologie (*Compte rendu hebdom.*, 9 mars 1888, p. 222) de nouveaux faits se rapportant à la pyocyanine.

Antérieurement (23 avril 1887), M. Charrin avait déjà présenté à la même société, des lapins qui, à la suite d'injections intra-veineuses de culture virulente du microbe pyocyanogène, avaient été atteints, les uns de monoplégie postérieure, les autres de paraplégie.

Dans la note du 9 mars, cet expérimentateur établit qu'il ne faut pas, comme il avait été porté à le soutenir, en se basant sur des expériences antérieures, attribuer les paralysies et les autres troubles fonctionnels uniquement à la localisation de colonies microbiennes dans des points variés de l'économie. Il faut, au contraire, d'après ses nouvelles expériences, rapporter une grande partie de ces désordres aux produits solubles contenus dans les bouillons de culture du microbe pyocyanogène.

M. Charrin base cette opinion sur trois expériences. Elles ont consisté à injecter à doses fractionnées, en quarante jours, dans les veines ou sous la peau de trois lapins, 72 centimètres cubes d'un liquide de culture du microbe pyocyanogène, privé absolument de germes par filtration appropriée, stérilisé à 115° et présentant nettement les réactions de la pyocyanine.

Dans ces conditions nouvelles, cet expérimentateur a observé une grande partie des troubles fonctionnels et spécialement les paralysies qu'il avait déjà notés dans les expériences faites avec les cultures complètes. Aussi l'auteur est-il porté à admettre, sans être exclusif toutefois, que les paralysies doivent être rapportées à l'action de la pyocyanine. Bien que le seul moyen de supprimer tout doute sur ce point soit de reproduire les paralysies observées avec la pyocyanine pure, bien cristallisée, ce qui, en somme, est assez facile à faire, il y a cependant quelques présomptions pour que M. Charrin ait raison.

De tous les faits résumés dans cette revue, il résulte que les tissus des animaux vivants, tout comme ceux des végétaux, produisent incessamment des alcaloïdes doués souvent de propriétés physiques et chimiques similaires, et susceptibles d'agir comme toxiques dans certaines circonstances. Les conséquences de ces données, relativement à la pathologie humaine, sont considérables, et nous espérons avoir l'occasion, d'ici peu, d'en montrer les applications pratiques.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1887.

A

Abcès. — Un cas d'abcès sous-diaphragmatique, par Shepherd. (*Med. news*, 17 décembre.) — Des abcès froids des parois thoraciques, par Lebatard. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.)—Note sur le phlegmon du ligament large, par Hervieux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, XVIII, n° 38.) — Sur l'adéno-phlegmon juxta-pubien, par A. Guérin. (*Ibid.*, n° 45.) — Phlegmon diffus sous-aponévrotique du membre supérieur gauche compliqué de tétanos, au cours d'une manie subaiguë; guérison du tétanos, par Roubinovitch. (*Ann. méd. psych.*, septembre.)— Abcès tuberculeux de la cuisse, injections d'éther iodoformé ou opération sanglante, par Segond. (*Gaz. des hôpitaux*, 6 décembre.) — Traitement des abcès, par G. de N. Hough. (*New York med. Journ.*, 31 déc.) — De l'incision méthodique des abcès de la fosse iliaque, par Gritti. (*Gaz. d. ospit.*, n° 92.)

Abdomen. — De l'insuffisance (défaut de tonicité) des muscles abdominaux et de ses conséquences, par Gehrmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mars.) — Paralysie des muscles de l'abdomen, par Després. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 540, 543.)—Du diagnostic différentiel de quelques formes de tumeurs abdominales, par Monaco. (*La Riforma med.*, 14 nov.) — Tumeurs dermoïdes de la paroi abdominale, par Saenger. (*Centralbl. für Gynæk.*, n° 20.) — Enorme fibrome de la paroi abdominale simulant un kyste de l'ovaire, laparotomie, par Weir. (*New York med. Record*, n° 23, déc.) — Une série d'opérations intra-abdominales, par M. H. Richardson. (*Boston med. Journ.*, 8 septembre.)— Le drainage permanent de la cavité abdominale dans l'ascite, par Rusconi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 96.)— De la valeur thérapeutique des fistules péritonéo-cutanées et du drainage permanent dans l'ascite chronique, par Truc. (*Montpellier méd.*, 1er décembre.) — Ponction de l'abdomen dans le cas de météorisme extrêmement développé après l'accouchement, par W.-O. Priestley. (*Lancet*, 9 avril.)—Traitement de la tympanite par la ponction abdominale, par John Ogle. (*Lancet*, 16 juillet.) — Plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie de l'intestin; absence de choc traumatique, par J. W. Grange. (*Lancet*, 29 octobre.) — Deux cas de laparotomie pour traumatisme de l'abdomen et deux cas de plaies de l'abdomen avec hernie épiploïque, par Fox. (*Med. news*, 12 nov.) — Avantages et inconvénients des purgatifs après les opérations abdominales, par John D. Malcolm. (*Lancet*, 24 décembre.)

Absorption. — Quelques nouveaux travaux sur l'absorption, par Grützner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 956.)

Acné. — De l'acné, par Fournier. (*Gaz. des hôpitaux*, 20 décembre.)

Accouchement. — L'anatomie pathologique du travail, par A.-H.-F. Barbour. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.)—Le rôle de l'amnios, par D.-I. Smith. (*New York med. Journ.*, p. 657, 10 déc.) — Lésions du fœtus pendant le travail, par Parvin. (*Med. news*, 12 novembre.) — Des incisions libératrices du col utérin pendant l'accouchement, par Skutsch. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 octobre.)—De l'accouchement prématuré provoqué, par Garcin. (*Thèse de Montpellier*, n° 36.) — De la perforation des petites lèvres, par Budin. (*Union médicale*, 8 novembre.) — Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal, par Budin. (*Semaine méd.*, 28 décembre.) — Valeur de la position génu-pectorale dans les versions difficiles, par Cutts. (*Amer. journ. of obstet.*, nov.) — Un cas de présentation du front convertie en présentation de la face; extraction avec le forceps, par Reynolds. (*Boston med. Journ.*, 4 août.) — Accouchement à 8 mois, présentation de l'épaule, version; adhérence du placenta, enfant atteint d'imperforation du rectum, opération ; guérison, par G.-G. Hayward. (*Ibid.*, 19 mai.) — Dystocie produite par une contraction annulaire tonique de l'utérus, par Ch.-P. Strong. (*Ibid.*, 9 juin.) — Note sur un cas de dystocie par déplacement dorsal du bras, par Freeland Barbour. (*Edinburgh med. Journ.*, p. 216, septembre.) — Accouchement compliqué de carcinome du col de l'utérus, par Engstrom. (*Finska lakares. Handlingar*, n° 11, novembre.) — Communication sur l'appareil élytro-ptérigoïde, par Chassagny. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mars.) — Quelques observations d'emploi de l'appareil élytro-ptérigoïde de Chassagny, par Hubert. (*Ibid.*, février et juillet.) — L'antisepsie dans la pratique obstétricale de la ville, par J. P. Marsh. (*New York med. Journ.*, p. 592, 26 novembre.) — Antisepsie et asepsie en obstétrique, par Secheyron. (*Gaz. des hôpitaux*, 26 novembre.)

Actinomycose.— Nouvelle note sur la priorité d'observation de l'Actinomyces bovis, par Perroncito. (*Giornale Accad. di med. di Torino*, septembre.)— Sur l'actinomycose des muscles du porc, par Hertwig. (*Arch. f. wissenschaft. u. prakt. Thierheilk.*, XII, p. 365.)

Addison (Mal. d'). — Maladie bronzée d'Addison, tuberculose primitive des capsules surrénales et d'un ganglion sous-maxillaire, par H. Dauchez. (*Bull. Soc. anat.*, p. 665.) — Maladie d'Addison avec autopsie, par Sturges. (*Lancet*, 2 avril.)

Albuminurie. — Note sur l'albuminurie expérimentale à la suite de lésions du pneumogastrique, par Arthaud et Butte. (*Bull. soc. biol.*, p. 701, 26 novembre.) — Sur une variété non mousseuse d'albumine dans certains cas d'albuminurie, par Robert Kirk. (*Lancet*, 15 octobre.) — Les albuminuries fonctionnelles, par Pavesi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 88.) — Albuminurie, par Stephenson. (*New York med. Journ.*, p. 735, 31 décembre.) — Pathogénie de l'albuminurie transitoire dans le catarrhe intestinal aigu, par Cacone. (*Incurabili*, octobre.) — De l'albuminurie intermittente cyclique ou maladie de Pavy, par Merley. (*Thèse de Lyon*, n° 390.) — De l'albuminurie chez les gens bien portants, par A.-W. Stirling. (*Lancet*, 10 déc.)

Alcool. — Contribution à l'étude des alcools supérieurs, par Œchsner de Coninck. (*Bull. Soc. biol.*, p. 813, 24 déc.) — De la toxicité des alcools dits supérieurs, par Laborde et Magnan. (*Tribune méd.*, 4 décembre.) — Les stimulants alcooliques en médecine, par E.-H. Liel. (*New York med. Journ.*, p. 738, 31 décembre.) — De l'alcool, notes sur son action physiologique, par J.-W. Warren. (*Boston med. Journ.*, 7 juillet.)

Alcoolisme. — Alcoolisés meurtriers, par Motet. (*Ann. d'hyg. publ.*) — Pa-

ralysie alcoolique à marche rapide, tachycardie, névrites multiples, par A. Dutil. (*Bull. Soc. anat.*, p. 546.)

Aliénation. — Classification des maladies mentales, par Parsons. (*New York med. journ.*, p. 701, 25 juin.)—Recherches sphygmophiques sur des aliénés, par Theodor Ziehen. (*Iéna.*) — Quartiers d'observation pour aliénés, par Patz. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.) — Recherches de diététique dans la pratique des maladies mentales, par J. Campbell Clark. (*Edinburgh med. journ.*, octobre.) — Recherches analytiques sur les urines des lypémaniaques, par Marro. (*Giornal della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril.) — Folie de la convalescence de la pneumonie, par Mairet. (*Montpellier médic.*, 16 décembre.)— Un cas de démence paralytique chez un sujet atteint d'atrophie musculaire progressive, par Tambroni. (*Riv. sper. pi freniat.*, XIII, 2.) — L'halluciné de Castelnovo Monti, par Tamburini. (*Ibid.*, XIII, 2.)—Mélancolie anxieuse avec délire de négations, par Séglas. (*Progrès médical*, 12 novembre.) — Histoire d'un dégénéré, par Dubrisay. (*Union méd.*, 27 septembre.) — Le vol chez les fous, par Busdraghi. (*Arch. di psichiatria*, VIII, n° 4.) — Suicides par passion et par folie, par Rossi. (*Ibid.*, VIII, n° 5.)— Aliénation guérie par une cure homœopathique, par Geiter. (*Ibid.*, VIII, n° 4.)

Allaitement.—Action des bains russes sur la sécrétion du lait chez les nourrices, par Kolesinsky. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Causes et conséquences de l'absence d'allaitement maternel à Munich, par Buller. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVI, 3 et 4.)

Amputation. — Arrachement du bras gauche dévoré par un lion, amputation interscapulo-thoracique, par Jeannel; 2 autres observations, par Kirmisson, Humbert. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 499, 522.) — Petites amputations à l'hôpital de Chambers-Street, par Tiemann. (*N. Y. med. journ.*, p. 184, 13 août.) — Une variante dans l'amputation de la cuisse, par Mosetig-Moorhof. (*Wiener med. Presse*, n° 45.) — De la prothèse des membres amputés, par Schenk. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre.)

Amygdale. — De l'hypertrophie de l'amygdale linguale, par Gleitsmann. (*N. York med. Record*, n° 25, déc.)—Le galvano-cautère dans l'hypertrophie des amygdales, par C.-H. Knight. (*New York med. journ.*, p. 339, 24 sept.) — Un cas d'hémorragie tonsillaire suite d'abcès, suivi de mort, par J.-N. Hall. (*Boston med. journ.*, 22 décembre.) — Hémorragie grave après l'amygdalotomie arrêtée par la torsion de l'artère, par Wagner. (*New York med. journ.*, 16 avril.) — Hémorragies consécutives à la tonsillotomie, par J. Walker Downie. (*Edinb. med. journ.*, p. 226, sept.) — Le traitement et la prophylaxie de l'angine tonsillaire, par Hoffmann. (*Med. news*, 26 nov.)

Anatomie pathologique.—Contributions à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, par Ernest Ziegler et C. Nauwerck. (*Iéna*, II.) Sommaire : W. Podwyssozki jeune : Recherches expérimentales sur la régénération des épithéliums glandulaires; — E. Coen : Modifications de la peau par l'action de la teinture d'iode; — E. Ziegler : pathogénie de l'amaurose après hémorragies; — C. Nauwerck : pathogénie du ramollissement de la moelle; — F. Coen : Cicatrisation des plaies cérébrales par instruments piquants; — Denning : Ostéophytes de la muqueuse trachéale; — E. Coen : Histologie normale et morbide de la mamelle; — Sudakewitsch : Contribution à l'anatomie pathologique de la lèpre. — Kunz : Effets de l'iodoforme sur les organismes infectieux; — G. Boettcher : Recherches sur les processus histologiques et l'état du sang dans les vaisseaux ayant subi une double ligature; — G. Wolffowitz : Des expériences d'infection avec les bacilles

typhoïques;—M. Voelsch : Contribution à la question de la ténacité du bacille tuberculeux; — O. Skrzeczka : De la formation du pigment dans les extravasats.

Anémie. — Signification pathologique du bruit de diable dans les anémies, par Apetz. (*Arch. f. path. Anat.,* CVII, 3.) — Le botriocephalus latus et l'anémie pernicieuse, par J.-W. Runeberg. (*Deustche Arch. f. klin. Med.*, Bd 41, Hft 3, p. 304.) — De l'atrophie des glandes gastriques et de ses rapports avec l'anémie pernicieuse (2 cas), par F. Kinnicut. (*Amer. journ. of the med. sc.*, oct.) — Le sang dans l'anémie pernicieuse, par Copeman. (*Lancet*, 28 mai.)

Anesthésie. — Influence du sommeil anesthésique sur l'activité des combustions respiratoires, par Paul Loye. (*Bull. Soc. biol.*, p. 778, 17 déc.) — Sur les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'anesthésie par l'acide carbonique, par N. Gréhant. (*Ibid.*, p. 542.) — De l'administration sous-cutanée ou successive de l'oxyde nitreux et de l'éther comme anesthésiques, par Frederick Hewitt. (*Brit. med. journ.*, p. 452, août.) — Comparaison de l'anesthésie par action combinée de la morphine et du chloroforme et de l'anesthésie chloralo-chloroformique, par Emonet. (*Thèse de Montpellier*, n° 22.)—De l'anesthésie chloralo-chloroformique, par Fontaine. (*Ibid.*, n° 14.) — Anesthésie par la cocaïne dans les opérations de la bouche, par Schmidt. (*Wiener med. Wochens.*, n° 39.) — De l'anesthésie locale par le chlorh. de cocaïne en gynécologie et en obstétrique, par Guinier. (*Ibid.*, déc.) — Résection du coude ; anesthésie locale insuffisante par la cocaïne, par H.-W. Cushing. (*Boston med. journ.*, 5 janvier 1887.) — De la folie consécutive à l'emploi des anesthésiques dans les opérations, par George Savage. (*Brit. med. journ.*, p. 1199, déc.) — Deux cas de mort, l'un pendant, l'autre avant l'administration de l'éther, par Hayes. Agnew. (*Med. news*, 19 novembre.)

Anévrisme. — Etude sur les anévrismes, par Thoma. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 1, p. 76.) — Anévrismes multiples de la crosse de l'aorte, par Arnold Evans. (*Lancet*, 21 mai.) — Artério-sclérose, anévrisme disséquant de la crosse de l'aorte ouvert dans le péricarde, néphrite interstitielle, par J. Girode. (*Bull. Soc. anat.*, p. 5.) — Anévrisme de l'aorte ouvert au milieu des tuniques de l'œsophage, par P. Raymond. (*Ibid.*, p. 660.) — Lésion aortique ancienne, anévrisme valvulaire, abcès sous-endocardique, par F. Legueu. (*Ibid.*, p. 514.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, ostéite des corps vertébraux et des parties correspondantes des côtes, par Raymond. (*Ibid.*, p. 445.) — Anévrisme supposé de la crosse de l'aorte, par Al.-B. Pope. (*New York med. journ.*, p. 296, 10 sept.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, par Israel E. Dana. (*Boston med. journ.*, 16 juin.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique, ligature de la carotide et de la sous-clavière, par Mynter. (*New York med. Record*, n° 16, octobre.) — Anévrisme diffus du tronc brachio-céphalique, par Blackman. (*Lancet*, 7 mai.) — Electro-puncture et méthode de Moore dans le traitement des anévrismes thoraciques, par Courtout. (*Thèse de Lyon*, n° 392.) — Anévrisme inguinal traité avec succès par la ligature de l'artère iliaque externe, anévrisme poplité du côté opposé, traité par la compression et la galvano-puncture, nécropsie 18 mois après l'opération, par Anderson. (*Lancet*, 27 août.) — Double anévrisme poplité, ligature successive des deux artères fémorales, guérison, par Johnson Smith. (*Brit. med. journ.*, p. 625, sept.) — Deux cas d'anévrisme chez une fille de 18 ans et un enfant de 8 ans, résumé des cas observés au-dessous de 20 ans, par Keen. (*Med. news*, 24 déc.) — Anévrisme mésentérique disséquant, par E.-N. Whittier. (*Boston med. journ.*, 10 novembre.)

Angine. — Péricardite et pleurésie purulentes consécutives à une angine phlegmoneuse, par FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 avril.) — Angine de poitrine, rétrécissement bizarre des artères coronaires, par REGNAULT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 519.) — Rétrécissement aortique, angine de poitrine, par POTHERAT. (*Ibid.*, p. 335.) — De l'angine de poitrine par sténose des artères coronaires en 1821, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 25 octobre.)

Angiome. — Un cas d'angiome capillaire hyperplasique de la cuisse, par NAUWERCK. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 1, p. 211.) — Observation d'un nævus pigmentaire congénital étendu des paupières, par GALLENGA. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janvier-février.) — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par REDARD. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 octobre.)

Anomalie. — Note sur une anomalie musculaire au pli du coude, par VALLAS. (*Province méd.*, 26 novembre.)

Anthrax. — Cas remarquable de coma consécutif à un anthrax, par REILLY. (*Lancet*, 23 avril.)

Anthropologie. — Contribution à la craniologie comparée des Indiens du nord de l'Amérique; crâne des Apaches, par R-W. ENFELD. (*Journ. of anat. and physiol.*, t. XXI, 4.)—Etudes d'anthropométrie, par CORDEIRO. (*New York med. journ.*, p. 484, 30 avril.)

Antiseptique. — Des antiseptiques, comment on les prépare et comment on les emploie à l'hôpital de New-York, par WEIR. (*Med. news*, 17 déc.)

Anus. — Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement, par MELOCHE. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Tuberculose de la région ano-rectale, par CLAROU. (*Thèse de Montpellier*, n° 32.)— Des différences qui séparent la laparoto-colotomie et la colotomie lombaire, par CHARLES BALL. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 81, août.)

Aorte. — Rétrécissement congénital de l'aorte descendante, par ALEZAIS et GILLY. (*Marseille médic.*, 30 octobre.) — Rétrécissement sous-aortique; soudure de deux valvules sigmoïdes, par TUILANT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 139.) — Aortite subaiguë avec oblitération complète du tronc brachio-céphalique, presque complète de la carotide primitive gauche; insuffisance aortique; crises d'angine de poitrine; altérations très légères des coronaires avec myocardite interstitielle; mort par syncope, par DÉJERINÉ et HUET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 839.) — Rupture spontanée de l'aorte, par G. LION. (*Ibid.*, p. 869.)—Artério-sclérose, rupture de l'aorte dans la plèvre gauche, par KIDERLEN. (*Soc. méd. de Hambourg*, 14 juin.) — Du traitement de quelques-unes des formes de la maladie aortique, par ARTHUR-ERNEST SANSOM. (*Lancet*, 31 décembre.)

Appareils. — Nouvel appareil pour l'examen laryngoscopique par l'éclairage électrique. (*Brit. med. journ.*, 17 déc.) — Appareil nouveau d'éclairage électrique pour la rhinoscopie et la laryngoscopie, par W. ROTH. (*Wiener med. Presse*, n° 51.) — Appareils pour l'inhalation de l'air comprimé, par S. SOLIS COHEN. (*New York med. journ.*, p. 713, 24 déc.) — Aiguille à suture, couteau à conducteur, aiguille mousse à deux chas, par AUGUSTE REVERDIN. (*Rev. méd. suisse romande*, VII, 695, 700 et 703, décembre.) — Nouvelle pince à mors pour les petits corps étrangers enclavés dans les tissus de l'isthme du gosier et du pharynx, par COZZOLINO. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 1.) — Pince coupante pour la cavité nasale, par FARNHAM. (*New York med. journ.*, p. 518, 21 mai.) — Un nouveau myographion, par

P. Grutzner. (*Arch. f. die g. Physiol.*, XLI, p. 286.)— Un appareil simple pour enregistrer le temps, par P. Grutzner. (*Ibid.*, p. 290.) — Sur un nouveau dilatateur du col utérin, par Bécour. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) — Sonde à courant rétrograde pour le traitement de la blennorragie, par Groeningen. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 déc.)—L'irrigateur urétral, nouvelle forme de seringue pour la blennorragie, par Petersen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, II, n° 90.) — Instruments endoscopiques de Joseph Leiter (de Vienne) et l'état actuel de l'endoscopie, par O.-K. Newell. (*Boston med. journ.*, 1er décembre.)—Appareil pour le traitement de la scoliose, par Ad. Lorenz. (*Wiener med. Presse*, n° 46.) — Un appareil très simple pour faire des bandes plâtrées, par H.-C. Wetherill. (*Boston med. journ.*, sept.) — L'appareil réfrigérant de Leiter procure le sommeil, par J.-N. Loebl. (*Wiener med. Presse*, n° 42.) — Nouvelle table d'opérations pour laparotomie, par K. Abel. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 48.) — Procédé zinco-cuprique spécialement applicable aux sciences médicales pour la reproduction typographique des tracés graphiques sans héliogravure, par Lange. (*Gaz. des hôpit.*, 6 déc.)

Artère.—Note sur les plexus artériels observés chez les makis et les singes, par F. Rojecki. (*Bull. Soc. biol.*, p. 541, 6 août.) — Etude sur l'artérite capillaire, par Frigo. (*Riv. veneta di sc. med.*, oct.) — Bruit systolique de l'artère pulmonaire par compression mécanique, par Vanni. (*Riv. clinica e terapeutica*, p. 502, oct.) — Ostéo-myélite chronique du fémur, séquestre dans un foyer ostéopathique, ulcération de l'artère poplitée contenue dans un foyer purulent, hémorragies, mort, par de Larabrie. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 484, 488.) — Plaie pénétrante de la jambe avec lésion des artères tibiale et péronière et du nerf tibial postérieur : ligature, suture du nerf, guérison, par H. Barnett. (*Brit. med. journ.*, p. 774, oct.) — La ligature de l'artère iliaque interne, par W.-L. Chew. (*New York med. journ.*, p. 570, 19 novembre.)

Articulation. — Des corps mobiles articulaires, par Rousselin. (*Thèse de Paris*, 15 oct.) — Quatre cas de plaies pénétrantes du genou traités au Boston City Hospital, par O.-H. Howe. (*Boston med. journ.*, 8 décembre.) — Suppuration et affection chroniques de la bourse trochantérienne profonde, par Choudiropoulos. (*Thèse de Montpellier*, décembre.)—Affections chroniques de la bourse trochantérienne profonde, par Maillier. (*Ibid.*, n° 25.) — Des arthrites suppurées du coude, par Mollière. (*Province médicale*, 17 déc.) — Guérison rapide de l'entorse et du diastasis par l'application méthodique de la belladone, par Abeille. (Brochure, *Paris.*) — Pathologie des muscles péri-articulaires dans les arthrites; par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 40.) — De l'extension continue dans la coxalgie et quelques autres maladies articulaires, par Gouvert. (*Thèse de Montpellier*, n° 27.) — Trois arthrotomies pour des arthrophytes de nature particulière, par Eug. Boeckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er nov.) — Résultats du traitement mécanique des affections de la hanche, par Shaffer et Lovett. (*New York med. journ.*, p. 561, 21 mai.) — De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie, par Provendier. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Contribution à la résection et à l'ostéotomie des ankyloses articulaires, par Kölliker. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXIV, p. 593.) — Arthrite tuberculeuse commençante, arthrotomie, guérison sans ankylose, par Calliouzis. (*Rev. de chir.*, janv.)

Asthme. — Traitement de l'asthme, par Lazarus. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 janvier.) — Du traitement de l'asthme par les nitrites, par T. Fraser. (*Amer. journ. of the med. sc.*, oct.) — Fièvre de foin, par J.-O. Roe. (*New*

York med. journ., p. 255, 3 sept.) — Sur la fièvre de foin et son traitement, par Beschorner. (*Jahrb. f. d. Ges. Natur. u. Heilk. in Dresden;* 1885-1886; *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 16, 1887.) — Des lésions histologiques de la muqueuse nasale dans le hay fever, par H. Chatellier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 155.)

Astigmatisme. — Des fonctions du grand oblique dans certains cas d'astigmatisme, par Savage. (*The ophth. Review*, août.) — Sur la vision dans l'astigmatisme, par Reymond et Baiardi. (*Giornale della R. Accademia di med. di Torino,* mai.) — Diagnostic de l'astigmatisme par la perception quantitative des couleurs, par Boehm. (*Klin. Monats. f. Aug.*, nov.)

Asphyxie.—Etude expérimentale sur l'asphyxie aiguë, par Simon Fredericq. (*Archives de biologie*, VII, fasc. I.)

Auscultation. — De la pectoriloquie aphone, par H. Secrétan. (*Rev. Suisse romande*, VII, 669, novembre.)

Avortement. — Conduite à tenir dans les cas de rétention du délivre après l'avortement, par Pierron. (*Thèse de Montpellier*, n° 10.)

B

Bactériologie.— Méthode de recherche des micro-organismes atmosphériques, par Joachim de Giacomi. (*Thèse de Berne*, 1886.) — Nouvel appareil réfrigérant pour les plaques de gélatine, par Pfeiffer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 914.) — Des influences qui font varier la température dans les appareils de culture et d'un nouveau thermostat, par Rohrbeck. (*Ibid.*, n° 50, p. 1089). — L'albumine des œufs comme terrain de culture des micro-organismes, par Dal Pozzo. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 523.) — De la croissance des bactéries de 50 à 70°, par Globig. (*Zeit. f. Hygiene*, III, 2.) — Nouveau procédé de préparation de l'agar-agar pour la bactériculture, par Richter. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 août.) — Sur l'absence de microbes dans l'air expiré, par Straus et Dubreuilh. (*Acad. des sc.*, 5 déc.)— Le rôle des bactéries dans la nature, par Rietsch. (*Rev. scientif.*, 13 août.) — Des modifications qu'on peut provoquer dans les fonctions d'un microbe chromogène, par Charrin et Roger. (*Bull. Soc. biol.*, 29 oct., p. 596.) — Sur les variations morphologiques des microbes, par Guignard et Charrin (*Acad. des Scienc.*, 12 déc.) — Effets de l'inoculation du vibrion septique chez le chien, par Charrin et G.-H. Roger. (*Bull. Soc. biol.*, 25 juin, p. 408.) — De quelques nouvelles mucédinées pathogènes, par Wilhelm Lindt. (*Thèse de Berne*, 1886.) — De l'atténuation des mucédinées pathogènes, par Otto Ziegenhorn. (*Thèse de Berne*, 1836.) — De la forme du staphylococcus pyogenes aureus, par Heydenreich. (*Wratch*, n° 41.) — Un nouveau bacille chromogène, bacillus cœruleus, par Smith. (*Med. News*, 31 déc.) — Sur un nouveau bacille photogène, par Fischer. (*Cent. f. Bacteriol.* III, n° 4.) — Du micrococcus ascoformans et du mykofibrome du cheval, par Kitt. (*Cent. f. Bacteriol.*, III, n° 6.)— Du microbe de Friedlænder dans la salive et des réserves qu'il convient de faire au sujet de son influence pathogène chez l'homme, au moins dans les cas de pneumonie, par Netter. (*Bull. Soc. biol.*, 24 déc., p. 799.) — Etudes cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine, par Berlioz. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Deux nouveaux bacilles isolés dans les urines pathologiques, par Clado. (*Bull.*

Soc. anat., p. 339.) — Recherches bactériologiques sur un cas de fièvre urineuse, par N. Hallé. (*Ibid.*, p. 610.) — Bactériologie de la fièvre urineuse, par Clado. (*Ibid.*, p. 631.) — Contribution à l'étude du micrococcus de Friedländer, par F. Henrijean. (*Archives de Biologie*, t. VI, fév. 3.) — — Le spirille de Finkler et Prior dans le tissu pulmonaire hépatisé, par Smith. (*Med. News*, 5 nov.) — Les bactéries du chalazion, par Bujwid. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, *Jahrg.*, I, n° 1.) — Note sur le bouton du Nil, par A. Chantemesse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre.) — Valeur germicide de l'acide sulfureux, par Biggs. (*Med. News.*, 17 déc.).

Bec-de-lièvre. — Du bec-de-lièvre et de ses complications, par Biondi. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 1, p. 114.)

Béribéri. — Du béribéri, par G.-B. Stevens. (*Boston med. Journ.*, 16 juin.) — Anatomie pathologique du kaké, par Miura. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 2, p. 361.) — Du béribéri, par Weintraub. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 23.) — Du béribéri : rapport présenté à l'Académie, par Barella, sur une communication adressée, par van den Driessche. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, juin.)

Biliaires (Voies). — Sur la chirurgie des voies biliaires, par Ceccherelli. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 89.) — Cancer de la vésicule biliaire avec adénopathie trachéo-bronchique et plaque cancéreuse de l'oreillette droite, par F. Regnault. (*Bull. Soc. anat.*, p. 247 et 291.) — Cirrhose biliaire; cancer des voies biliaires, par J. Reboul. (*Ibid.*, p. 40.)

Blennorragie. — Valeur pratique et signification des gonocoques, par Lewenhardt. (*Deutsche med. Zeit.*, n° 68.) — De l'infectivité de la blennorragie, par Denti. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, fasc. 4.) — Histoire de la blennorragie, par Augagneur. (*Province méd.*, 12 nov.) — Deux cas d'endocardite blennorragique, par R. von den Velden. (*Münch. med. Woch.*, p. 193.) — Pleuro-pneumonie, salpingite blennorragique, par Cornil et Klippel. (*Bull. Soc. anat.*, p. 361.) — Des infections gonorrhéiques mélangées chez la femme, par Bumm. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49, p. 1057.) — Conjonctivite blennorragique sans inoculation directe, périostite et arthropathies blennorragiques, par Nivet. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 12.) — Blennorragie de la vessie, de l'uretère, du bassinet et des reins, par Neumann. *Wiener med. Blätter*, n° 25.) — Traitement abortif de la blennorragie, par Osborne. (*New York med. Journ.*, p. 401, 8 oct.) — Le santal dans le traitement de la blennorragie, par Linhart. (*Wien. med Presse*, n° 29.)

Bouche. — Diagnostic différentiel des maladies de la bouche, par Schrakamp. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 892.) — Des kystes muqueux du vestibule de la bouche (grenouillettes), par Authenac. (*Thèse de Montpellier*, n° 47.)

Bronche. — Etiologie et pathogénie de la broncho-pneumonie aiguë, recherches bactériologiques, par Massalongo. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 86.)

Brûlure. — Cas de brûlures, surtout au point de vue des complications, des suites et du traitement, par J.-E. Cleaves. (*Boston med. Jour.*, 24 novembre.) — Traitement de brûlures graves par le bain continu de Hebra, par J. Lawrie. (*Edinb. med. Journ.*, p. 23.)

C

Cancer. — Diagnostic et pronostic du cancer, par VIRCHOW. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 1.) — Du carcinome au point de vue de l'historique et de la pathologie expérimentale, par ALBERTS. (In-8° Iéna.) — Quelle est en moyenne la durée du temps qui s'écoule avant la récidive du cancer opéré? par FRED. A. SMITH. (*Lancet*, 17 septembre.) — Rapports du cancer et de la phtisie, par ROGER WILLIAMS. (*Lancet*, 14 mai.) — Administration du carbonate de chaux comme moyen d'arrêter le développement des tumeurs cancéreuses, par PETER HOOD. (*Lancet*, 7 mai.) — Du cancer produit par l'administration de l'arsenic à l'intérieur, par HUTCHINSON. (*London pathol. soc.*, 6 déc.)

Cartilage. — Tumeur cartilagineuse congénitale du cou, par TREVES. (*Pathol. soc. London*, 1er nov.) — Cas rares de chondromes multiples, par L. FREY. (*Wien. med. Presse*, n° 28.)

Cellule. — Note sur la technique des fibres cellules, par ED. RETTERER. (*Bull. soc. biol.*, 12 nov., p. 645.) — La karyokinèse dans l'épithélium intestinal, par A. NICOLAS. (*Ibid.*, 30 juillet, p. 515.) — De la multiplication des noyaux, par BERGGRUN. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 597.) — Processus de multiplication et de destruction nucléaire, par BRIGIDI. (*Lo Sperimentale*, sept., p. 261.) — Résultats de quelques recherches sur la karyokinèse, par TOUPET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 419.) — Sur les modifications du foie sous l'influence de l'irritation thermique et chimique, en particulier au point de vue de la karyokinèse, et sur la karyokinèse des cellules hépatiques dans la cirrhose hypertrophique, par PRUS. (*Ibid.*, p. 420.) — Les lois de la régénération des cellules glandulaires à l'état normal et pathologique, par W. PODWYSSOZSKI. (*Ibid.*, p. 466.) — La karyokinèse dans l'adénome du foie, par PRUS. (*Bull. Soc. anat.*, p. 356.)

Cerveau. — La région pyramidale de la capsule interne chez le chien et la constitution du cordon antéro-latéral de la moelle, par LŒWENTHAL. (*Rev. méd. Suisse rom.*, VI, p. 529.) — Le corps strié dans la série animale; existence d'une racine du nerf optique à la base du cerveau des reptiles, par EDINGER. (*Berl. klin. Woch.*, 1er août.) — Rapports entre le développement du corps calleux et celui de l'intelligence par SCHRÖTER. (*Ibid.*, 5 décembre.) — Sur la pression et la compressibilité du cerveau, par GRASHEY. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, p. 267.) — Des convulsions typiques récidivantes produites par l'action des substances chimiques sur l'écorce cérébrale et de la chorée cérébrale, par LANDOIS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 685.) — Localisations cérébrales, par LEYDEN. (*Ibid.*, n° 47, p. 1013.) — Des localisations cérébrales, par BERNHARDT, A. BAGINSKY, JASTROWITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 décembre.) — Les localisations de l'écorce cérébrale à l'heure présente (Revue), par L. C. GRAY. (*N. York med. Journ.*, p. 673, 18 juin.) — Cérébro-porose par congélation, par REZZONICO. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Anomalie du cerveau (suture limbique en apparence continue), par A. BROCA. (*Bull. Soc. anat.*, p. 114.) — Épilepsie jacksonnienne; mort. Ramollissement cérébral ancien en dehors de la zone motrice, par F. LEGUEU. (*Ibid.*, p. 716.) — Cas d'hémianesthésie cérébrale, par FERRIER. (*London med. Soc.*, 21 nov.) — Note sur un cas de monoplégie brachiale traumatique, par BOTTARD. (*Nor-*

mandie médicale, 15 septembre.) — Cécité verbale (dyslexie), par Berlin. (*The Ophth. Review*, août.) — Leçons sur les diverses variétés de l'aphasie, par Charlton Bastian. (*Brit. med. journ.*, p. 931, oct.) — L'aphasie depuis Broca, par Duval. (*Rev. scient.*, 17 oct.) — Un cas de surdité verbale, par Bergonzini. (*La Rassegna di sc. med.*, oct.) — Aphasie congénitale, par W. H. Baker. (*New York med. journ.*, p. 595, 26 nov.) — Aphasie fonctionnelle, par Maxson. (*New York med. journ.*, 13 août, p. 182.) — Un cas d'abcès cérébral, trépanation, guérison, par Wilson. (*Med. News*, 10 déc.) — Analyses d'urine dans deux cas d'abcès du cerveau, par W. F. Somerville. (*Lancet*, 17 septembre.) — Note sur les traumatismes cérébraux et la polyurie traumatique, par Chavanis. (*Loire médicale*, 15 septembre.) — La balance d'induction de Bell dans un cas de balle logée dans le cerveau, par de Lannoy. (*New York med. journ.*, p. 229, 27 août.) — Tératome dans le ventricule latéral droit, par Fritz Strassmann et Carl Strecker. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVIII, H. 2, p. 351.) — Sarcome à petites cellules du cerveau, par Betti. (*Giorn. med. del esercito*, nov.) — Un cas de lipôme de la toile choroïdienne, par H. de Albertis. (*La Riforma medica*, 27 décembre.)

Cervelet. — Un cas d'atrophie du cervelet avec dégénérescences dans le bulbe et la moelle (vraisemblablement à la suite de l'alcoolisme), par Schultze. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVIII, H. 2, p. 331.) — Abcès du cervelet; mort; autopsie, par Murray. (*Lancet*, 23 juillet.) — Carie du temporal chez une enfant avec hernie du cervelet, par Kuhn. (*Berlin. klin. Woch.* 12 décembre.) — Tumeur kystique du cervelet d'origine traumatique, associée à des kystes de la capsule surrénale, par Turner. (*Brit. med. journ.*, p. 1102, nov.) — Excision d'une tumeur du cervelet, par Bennett May. (*Lancet*, 16 avril.)

Césarienne (Opér.). — Opération césarienne dans un cas d'obstruction par un fibrome utérin enclavé dans le bassin, par Drysdale. (*Med. News*, 26 nov.) — Hystéro-ovariotomie césarienne, par Frattina. (*Riv. venet. di sc. med.*, oct.) — Opération césarienne. Guérison, par W. T. Lusk. (*N. York med. journ.*, p. 505, 7 mai.)

Chancre. — Du chancre mou, par Bender. (*Cent. f. Bacter. II Jahrg.*, I, n° 1.)

Charbon. — Contribution à l'anatomie pathologique de la pustule maligne, par J. Straus. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, septembre.) — De la formation des spores de la bactéridie charbonneuse, par K. Lehmann. (*Münch. med. Woch.*, p. 485.) — Observations de pustule maligne, par Razdiczewski. (*Progrès médical*, 24 septembre.) — Traitement de la pustule maligne par les injections iodées, par Sereins. (*Union médicale*, 4 octobre.)

Chirurgie. — Traité de chirurgie générale, par Hermann Tilmanns. (*Leipzig.*) — Manuel de chirurgie générale, par H. Fischer. (*Stuttgart.*) — Organisation matérielle de la clinique chirurgicale à Paris, par Le Fort. (*Bull. méd.*, 27 nov.)

Chlorose. — État du sang dans la chlorose, par E. Graber. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.) — Étude de la chlorose, spécialement au point de vue de l'auscultation du cœur et des vaisseaux, par J. K. Crook. (*New York med. journ.*, p. 645, 11 juin.)

Choléra.—Valeur diagnostique des spirilles du choléra, par H. M. Biggs (*New York med. journ.*, p. 548, 12 nov.) — Le bacille du choléra comme moyen de diagnostic positif, par S. T. Armstrong. (*Ibid.*, p. 546, 12 nov.) — De la réaction du choléra, par Bujwid. (*Cent. f. Bacteriol.*, III, n° 6.) —

Étude sur une épidémie de choléra observée dans la province d'Hai-Dzuong, par Péthellaz. (*Thèse de Montpellier*, n° 15.) — Sur les apparitions et les disparitions brusques des épidémies, et du choléra en particulier, par Tholozan. (*Bull. Ac. de méd.*, XVIII, n° 34.) — Études épidémiologiques sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra, par Hauser. (*Madrid.*) — Rapport sur les travaux de la mission allemande envoyée pour étudier le choléra en Egypte et dans l'Inde, par Georg Gaffky. (*Berlin*, 1888.) — Etat actuel du traitement du choléra, par Passerini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 85.)

Chorée. — Des rapports entre la chorée et les cardiopathies, par W. Osler. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, oct.) — Un cas de chorée par imitation, terminé par la mort, par A. Schwarz. (*Pester med. chir. Presse*, n° 29.) — Chorée grave pendant la grossesse, accouchement forcé, par Wasseige. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, août.)

Choroïde. — Ostéome de la choroïde, par Bassères et Rognon-Duvignaud. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 novembre.)

Chylurie. — Un cas de chylurie, par Grimm. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2, p. 341.)

Cicatrice. — Régularisation artificielle des cicatrices, par Lassar. (*Berl. klin. Woch.*, 30 mai.)

Circulation. — Relation de la courbe de tension des tubes élastiques et de la vitesse des ondes pulsatiles, par G. Grunmach. (*Sitzb. der Kgl. preuss. Akad. d. Wiss.*, XVI, p. 275, et *Centralb. f. d. med. W.*, n° 52.) — Note sur les centres excito-moteurs et phrénateurs de la circulation artérielle, par Judée. (*Bull. Soc. biol.*, 28 mai, p. 331.) — Croissance des tissus sous l'influence des troubles de la circulation, par S. Samuel. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVIII, H. 1, p. 1.)

Climat. — Savannah au point de vue du climat et de la santé, par D. J. Lincoln. (*Boston med. jour.*, 3 novembre.) — L'acclimatation des Européens dans les pays chauds. (*Gaz. hebdom.*, 2 déc.)

Cœur. — Sur la présence de ganglions nerveux et de cellules nerveuses isolées sur les ventricules du cœur, chez l'homme, les animaux et les oiseaux, par Kasem-Beck. (*Centralb. f. d. med. W.*, n° 42.) — Les vaisseaux des valvules du cœur chez l'homme, par J. Darier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 675, 716, 773.) — Lésions expérimentales des valvules du cœur chez les chiens, par Pinet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 473.) — Des excitations électriques du myocarde chez le chien, par Laffont. (*Acad. des sciences*, 28 nov.) — Les maladies du cœur aux différents âges, par Villard. (*Rev. de clin. et thér.*, 29 déc.) — Sur l'évolution du diagnostic des affections cardiaques depuis Harvey, par George W. Balfour. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1065, juin.) — Variations passagères de volume du cœur, par Foubert. (*Thèse de Paris*, 7 déc.) — Du pouls rare permanent avec accès syncopaux et épileptiformes, par d'Arman. (*Riv. veneta di sc. med.*, nov.) — De la dégénérescence fibreuse du cœur et des lésions concomitantes de cet organe, dans leurs rapports avec celles des artères coronaires, par John Lindsay Steven. (*Lancet*, 10 décembre.) — Cas de rupture spontanée de l'aorte et du cœur, par W. Coode Adams. (*Lancet*, 1er octobre.) — Pneumopéricarde par ouverture d'une caverne tuberculeuse dans le péricarde, par Combemale. (*Montpellier méd.*, p. 364, oct.) — Mort rapide à la suite d'une rixe (symphyse cardiaque), par A. Jaumes. (*Montpellier médic.*, p. 149, août.) — Observation de sténose congénitale des artères aorte et pulmonaire, par Chavanis. (*Loire médicale*, 15 août.) — Hémopéricarde par rupture de l'artère

coronaire, par BATTERHAM. (*Lancet*, 4 juin.) — Rétrécissement mitral (chez l'homme), malformation de la valvule de Thebesius. Apoplexie pulmonaire, par P. FAURE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 128.) — De l'œdème aigu du poumon dans le cours des lésions aortiques, par SIBAUD. (*Thèse Montpellier*, n° 20.) — Propagation dans les carotides des bruits de sténose de l'artère pulmonaire et insuffisance des sygmoïdes, par VANNI. (*Lo Sperimentale*, août et septembre.) — Insuffisance aortique; artériosclérose généralisée; thrombose du tronc veineux brachio-céphalique; embolie pulmonaire, par E. POTHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 620.) — Rétrécissement et insuffisance mitrale et aortique; caillot fibrineux de l'oreillette gauche, infarctus probable du pancréas, par KLIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 209.) — Recherches expérimentales sur l'origine bactérienne de l'endocardite maligne non ulcéreuse, par DRESCHFELD. (*Brit. med. journ.*, p. 887, oct.) — Un cas d'endocardite ulcéreuse à évolution rapidement mortelle, dans lequel toute espèce de bruit anormal du cœur a presque fait complètement défaut, par O. FRAENTZEL. (*Charité Annalen*, p. 300.) — Scarlatine et myocardite et rhumatisme articulaire, endopéricardite, rétrécissement mitral, rétrécissement et insuffisance aortiques, hypertrophie du cœur, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 1er déc.) — Endocardite végétante; embolie de l'artère poplitée gauche; gangrène de la jambe; embolie de l'artère axillaire droite, infarctus de la rate et des reins, par L. HONTANG. (*Bull. Soc. anat.*, p. 299.) — Remarques sur l'endocardite spécialement au point de vue des données expérimentales, par O. ROSENBACH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 706.) — Étiologie et symptômes de l'endocardite ulcéreuse, par STERN et HIRSCHLER. (*Wien. med. Presse*, n° 27.) — Sur quelques médicaments cardiaques, par LUCIANI. (*Giornale della r. Accad. di med. di Torino*, juin-août.) — L'antipyrine dans les douleurs cardiaques, par PARA. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Survie dans les plaies du cœur par armes ou d'une autre nature, par W. CURRAU. (*Lancet*, 2 avril.) — Tolérance remarquable dans une plaie du cœur, par FUBINI et SPALLIETA. (*Giorn. d. Accad. di med. di Torino*, sept.-oct.)

Conjonctive. — De la conjonctivite granuleuse et de son traitement par le sublimé, par CIPRIANO. (*Giorn. med. d. Esercito*, oct.) — De la conjonctivite rhumato-blennorragique, par LE ROY. (*Journ. de méd. de Paris*, 25 déc.) — Étude de la conjonctivite blennorragique, par ONODI. (*Cent. f. die med. Wiss.*, n° 13.) — Un cas de blennorrhée des nouveau-nés avec lésions cornéennes, survenue dans l'utérus, par MAGNUS. (*Klin. Monastbl. f. Augenkeilk.*, oct.) — Un cas de papillome de la conjonctive, par MAGNUS. (*Ibid.*, oct.) — De la tuberculose de la conjonctive et de la cornée, par D'ESTIENNE. (*Thèse de Lyon*, n° 391.) — Fibro-myxome de la conjonctive, par SECONDI. (*Giornale della Accad. di Med. di Torino*, juin.) — Sur la structure de la pinguécula de la conjonctive, par GALLENGA. (*Ibid.*, juin, août.)

Coqueluche. — Étiologie et bactériologie de la coqueluche, par AFANASSIEW. (*St-Petersburg. med. Woch.*, n° 39.) — La question du bacille de la coqueluche, par SEMTSCHENKO. (*Wrassch.*, n° 45.) — Le bacille de la coqueluche, par SEMTSCHENKO. (*Wratch.*, n° 51.) — De la coqueluche, par PASQUALIGO. (*Riv. veneta di sc. med.*, déc.) — Les nouveaux traitements de la coqueluche, par CHÉRON. (*Union médicale*, 18 octobre.) — De la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques, par BERRIAT. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.)

Cordon ombilical. — Observation sur un cas de rupture spontanée du cordon ombilical dans un accouchement normal, par FÉLIX PERRET. (*Annales*

d'hyg. publ., XIX, 55.) — Observations sur un cas de rupture spontanée du cordon ombilical, par Bontemps. (*Ibid.*, XIX, 54.)

Cornée. — De l'inflammation de la cornée, par Hoffmann. (*Fortsch. der Med.*, V, n° 18.) — Rapports étiologiques entre le pannus et le trachome, par Rahlmann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 2.) — Sur de petites ulcérations multiples de la cornée produites par la lumière électrique, par T. Philipps. (*Lancet*, 3 décembre.) — Du traitement du kératome par le thermocautère, par Cant. (*British med. journal*, 23 juillet.) — De la kératite interstitielle, par Sedan. (*Recueil d'ophthalm.*, n° 9.)

Corps étrangers. — Corps étrangers des voies aériennes et digestives, par E. Potherat. (*Bull. Soc. anat.*, p. 523.) — Corps étranger dans une bronche, trachéotomie, guérison, par Naismith. (*Brit. med. journ.*, p. 1276, juin.) — Corps étranger de la bronche droite, trachéotomie, guérison, par Simon. (*Brit. med. journ.*, 26 nov.) — Pièce dentaire artificielle ayant séjourné dans la gorge pendant quinze mois, par Henri Bridgmann. (*Lancet*, 27 septembre.) — Corps étranger de la chambre antérieure de l'œil, par Thau. (*Gaz. hebd. Montpellier*, 23 juillet.) — Corps étranger de la plèvre (longs tubes de caoutchouc). Mort 8 ans après de sphacèle du poumon, par Leudet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 280.) — Corps étranger de la vessie (épingle à cheveux) chez une fille de 15 ans, par Ernest Reynier. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 344, juin.) — Extraction de la vessie d'une femme d'une grosse épingle fixée par sa pointe dans la paroi antérieure de la muqueuse vésicale, par Poncet. (*Province méd.*, 17 déc.) — Méthode pour la découverte et l'extraction des aiguilles enkystées dans les tissus, par H. Littlewood. (*Lancet*, 27 août.) — De la migration des projectiles dans les tissus et de leur diagnostic, par Deshières-Garnier. (*Thèse de Lyon*, n° 393.) — Recherche des corps étrangers métalliques à l'aide du galvanomètre et de l'aiguille astatique, par Karl Kalin. (*Thèse Zurich*, 1886.)

Crâne. — Etude critique sur la morphologie du crâne, par Bland Sutton. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, t. XXII, 1.) — Fracture comminutive du crâne, plaie du cerveau avec perte de substance; guérison, par Marcellini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 88.) — Fracture du rocher par arme à feu. Paralysie faciale; hémorragies abondantes. Ligature de la carotide. Surdité tardive. Guérison, par Le Clerc. (*France médicale*, 27 décembre.) — De la contusion cérébrale par contre-coup à propos d'une observation de fracture pariéto-temporale du côté droit, avec destruction de la corne sphénoïdale gauche, par Cauchois. (*Normandie médicale*, 1er novembre.) — Fracture multiple du crâne; trépanation; spasme des muscles de la face et du bras; seconde trépanation au niveau de la scissure de Rolando, guérison, par M'Gill. (*Lancet*, 16 avril.) — Trois cas de fractures avec enfoncement du crâne; trépanation, guérison, par Hume. (*Lancet*, 30 juillet.) — Fracture du pariétal droit. Perte de 7 à 8 grammes de matière cérébrale; guérison en quelques jours, par Grégoire. (*Loire médicale*, 15 octobre.) — Enfoncement du frontal avec issue de substance cérébrale; guérison sans aucun trouble fonctionnel, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 18 déc.) — Trois cas de fracture compliquée du crâne; trépanation suivie de guérison, par Bell. (*Lancet*, 27 août.) — Essai sur l'hyperostose des os du crâne, par Laherre. (*Thèse Montpellier*, n° 6.) — Contribution à la statistique des tumeurs d'origine conjonctive de la tête, par Wassermann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXV. p. 368.) — Diagnostic sur le vivant des synostoses crâniennes prématurées, par Meynert. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.)

Criminels. — Types de criminels nés et de criminels d'occasion, par Rossi et Perocchia. (*Arch. di psichiat.*, VIII, n° 4.) — La contagion du meurtre,

étude d'anthropologie criminelle, par Aubry. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Urée chez les criminels, par Carbone. (*Arch. di psichiatria*, VIII, n° 4.)

Cristallin. — Contribution à l'embryogénie du cristallin, par Haensell. (*Bull. des Quinze-Vingts*, p. 147.) — Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de choix, par Vian. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — 36 cas d'extraction simple de la cataracte sans iridectomie, par C. S. Bull. (*New York med. journ.*, p. 293, 10 sept.) — Comparaison de quelques cas d'extraction de cataracte avec ou sans iridectomie, par C. H. Williams. (*Boston med. jour.*, 1er septembre.) — Observation d'hémorragie cérébrale survenue pendant une opération de cataracte ; anesthésie locale par la cocaïne, par Bottard. (*Normandie médicale*, 1er septembre.) — Des effets de la position oblique du cristallin par rapport à l'axe visuel, par Jackson. (*The ophth. review*, août.) — Contribution à l'étude du traitement des cataractes non mûres (maturation artificielle et lavages intraoculaires), par de Langenhagen. (*Thèse de Nancy.*) — Un cas d'ectopie du cristallin et de la pupille, contribution à l'étude du pouvoir accommodatif dans l'aphakie, par Scimeni. (*Bolletino d'oculist.*, 15 septembre.) — Des luxations congénitales ou spontanées du cristallin, par Thompson. (*The ophth. review*, août.) — Opérations de cataractes et de cataractes secondaires, par Schweigger. (*Arch. of ophthalm.*, septembre.)

Cysticerque. — Un cas de cysticerque du corps vitré, par Saltini. (*La Rassegna di sc. med.*, déc.)

D

Daltonisme. — L'importance d'examiner la vue des employés de chemin de fer et des marins, par H. W. Williams. (*Boston med. Jour.*, 20 octobre.) — De la cécité des couleurs dans ses rapports avec la marine, par Bickerton. (*Brit. med. Journ.*, p. 498, août.)

Dent. — Développement des dents permanentes; ébauche d'une 3e dentition chez l'homme, par G. Albarran. (*Bull. Soc. anat.*, p. 562.) — L'état rudimentaire de la dent de sagesse, par J. Scheff. (*Wien. med. Presse*, n° 37.) — Antisepsie prophylactique des dents, par Le Gendre. (*Union médicale*, 6 octobre.) — Hypopion et carie dentaire, par Brunswick. (*Recueil d'ophtalm.*, juillet.)

Désinfection.—De la désinfection des mains du médecin, par P. Fürbringer. (*Wiesbaden.*) — Le désinfectant de Wollmar pour latrines et urinoirs. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVIII, 171.)

Diabète.—Glycosurie et diacétonurie, par F. Beane. (*New York med. Journ.*, p. 591, 26 nov.) — Diabète avec trouble mental, par Freusberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — Duodénite, ictère, diabète, par Baumel. (*Montpellier méd.*, 1er novembre.) — Gangrène diabétique des membres inférieurs. Mort; autopsie : oblitération de l'aorte abdominale et des artères iliaques internes et externes, par Boisvert. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 nov.) — De la curabilité du diabète, par Bouloumié. (*Union médicale*, 10 novembre.) — Traitement diétique du diabète sucré, par Cless. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 951.)

Digestion. — Graphique des phénomènes chimiques de la digestion, par P. Regnard. (*Bull. Soc. biol.*, 7 mai, p. 286.)

Diphtérie. — Du rôle du lait dans la propagation des maladies et surtout de la diphtérie, par J. S. Clark. (*Boston med. Jour.*, 4 août.) — La diphtérie au Havre, sa dissémination, ses causes, moyens de la combattre, par Roger. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Angine diphtéritique; toux coqueluchoïde; rougeole; tachycardie; arythmie cardiaque; adénopathie trachéo-bronchique, par L. Jacquet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 768.) — Paralysie du diaphragme consécutive à la diphtérie; affaiblissement considérable des mouvements respiratoires; guérison, par W. Pasteur. (*Lancet*, 14 mai.) — Ataxie consécutive à la diphtérie chez un jeune garçon, par J. Ruhemann. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.) — Forme grave de paralysie diphtéritique, par Fallis. (*Weekly med. Rev.*, 3 déc.) — Importance du traitement local de la diphtérie, par W. Porter. (*New York med. Journ.*, p. 563, 19 nov.) — La diphtérie traitée par le bromure et l'iodure de potassium, par Zimmermann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 45, p. 972.) — Traitement de la diphtérie par les hautes doses d'essence de térébenthine, par Baruch. (*N. York med. Record*, déc., n° 26.) — De la papayotine dans le traitement des manifestations locales de la diphtérie, par Baudry. (*Weekly med. Rev.*, 10 déc.)—Considérations sur la thérapeutique de la diphtérie d'après la méthode du Dr Wiss et parallèle avec quelques autres traitements, par Woronichin. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVII, Bd I, n° 2.)

E

Eau. — Sur l'analyse micrographique des eaux, par Ch. Girard, et Réplique de P. Miquel. (*Revue d'hyg.*, IX, p. 997 et 1002, novembre.) — L'eau chaude en chirurgie, par Th. R. Varick. (*New York med. Journ.*, p. 431, 15 oct.)

Eaux minérales. — L'acide carbonique dans les salles d'inhalations du Mont-Dore, par J. Nicolas. (*Ann. de méd. thermale*, juin.)—Les sources chaudes de l'Arkansas, par Galwin. (*N. York med. Journ.*, p. 656, 11 juin.) — Influence des eaux sulfureuses de Schinznach sur la nutrition, par Dronke. (*Berl. klin. Woch.*, 5 déc.) — De l'action des eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées sur la richesse du sang en oxyhémoglobine, sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus, sur la respiration et sur le pouls, par Ch. Lejard. (*Bull. Soc. biol.*, 3 déc., p. 736.) — Les variations de l'urée sous l'influence de l'eau ferro-carbonique de Schwalbach, par C. Genth. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, p. 998.)—Les eaux de Buffalo-Lithia dans le traitement des maladies du système nerveux, par G. H. Boyland. (*New York med. Journ.*, p. 213, 20 août.)

Embolie. — Un cas d'embolies multiples, par Barbier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 893.)

Embryogénie.—Traité d'embryogénie de l'homme et des vertébrés, par Oscar Hertwig. (*Iéna.*) — De l'embryologie; son histoire; son rôle dans les sciences anatomiques, par Gilis. (*Gaz. hebd. des sc. med. de Montpellier*, n° 49.) — L'allantoïde humaine, par Franz von Preuschen. (*Wiesbaden.*)

Éclampsie. — Attaque éclamptique terminée par une hémorragie cérébrale mortelle, par Pfannenstiel. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 38.) — Éclampsie de la grossesse, étude de la fonction rénale, par Herman. (*London obst. Soc.*, 7 déc.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale, par Veit. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 304.)

Eczéma.—Un cas d'eczéma solaire, par Veiel. (*Vierteljahr. f. Derm.*, Heft 4.

—L'eczéma et ses traitements, par WINFIELD. (*N. York med. Journ.*, p. 683.) —De l'eczéma iodoformique, par FÜRST. (*Viertelj. f. Dermat.*, Hf. 2.)

Électricité. —Éléments d'électricité médicale, 2e édition, par CONRAD RIEGER. (Février.) — Recherches expérimentales sur la valeur diagnostique de l'électricité, par MARTIUS. (*Arch. f. Psychiatrie*, XVII, 3, p. 864.) — Les variétés de la réaction de dégénérescence et leur signification diagnostique et pronostique, par R. STINZING. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XLI, Hf. 1-2, p. 41.) — Le plus simple dispositif pour le courant galvanique, induit et galvanofaradique, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 36.)—Expériences sur la cataphorèse électrique, par BOCCOLARI. (*La Rassegna di sc. med.*, déc.) — Du mode d'action des courants électriques qui sont suivis de mouvements musculaires lorsqu'on les applique sur les circonvolutions cérébrales, par EUGÈNE DUPUY. (*Bull. Soc. biol.*, 3 déc., p. 726.)—Comment mesurer le courant galvanique et quelques remarques sur les électrodes, par P.-C. KNAPP. (*Boston med. Jour.*, 27 octobre.) — Sur l'état du pouls, de la respiration et de la température dans le bain électrique d'eaux-mères, par TRAUTWEIN. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLI, p. 260.) — Sur l'action physiologique des bains hydro-électriques monopolaires, par MORSELLI. (*Giorn. Accad. di Torino*, nov., déc.) — Fixation des électrodes au corps, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 49.) — Cas montrant la valeur de l'appareil à induction pour déterminer le siège d'une aiguille dans le pouce, par RICHARD DAVY. (*Lancet*, 30 juillet.)—La découverte des masses métalliques dans le corps humain par la balance d'induction et le téléphone, par GIRDNER. (*New York med. Journ.*, p. 393, 9 avril et 17 sept.)—Électricité en gynécologie, par ROCKWELL. (*New York med. Journ.*, p. 542, 12 nov.) — Traitement des affections articulaires par l'électricité, par DANION. (In-8°, 288 p., Paris.)

Éléphantiasis. — Traitement de l'éléphantiasis, par HELFERICH. (*Berl. klin. Woch.*, 3 oct.)—Du traitement de l'éléphantiasis du scrotum, par LE SINER. (*Thèse de Paris*, 23 déc.)

Empoisonnement. — Compendium de toxicologie pratique, par R. KOBERT. (*Stuttgart.*) — Empoisonnement par des injections sous-cutanées de cocaïne, par BERNARD PITTS. (*Lancet*, 24 déc.) — Empoisonnement par la stramonine, par STEINER. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.) — Accidents causés par le contact du sumac (Rhus toxicodendron), par L. PLANCHON. (*Montpell. méd.*, p. 219, sept.)—Un cas d'empoisonnement par la belladone, par S. M. WARD. (*New York med. Journ.*, p. 521, 7 mai.) — Intoxication par l'homatropine, par ZIEM. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, août, sept.) —Atrophie prématurée des organes génitaux dans un cas de morphinisme, par WILLIBALD LEVINSTEIN. (*Centralb. für Gynækologie*, n° 40.) — Deux observations de morphinisme, par DUCASSE. (*Thèse Montpellier*, n° 59.)— Des lésions de la morphinomanie, et de la présence de la morphine dans les viscères, par BALL. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 42.) — Le morphinomane abstème, par BALL. (*Gaz. des hôp.*, 13 déc.) — Ingestion de 3 grammes de morphine dont la majeure partie est restée dans l'estomac pendant 13 heures. Guérison, par G. M. MORSE. (*Boston med. Jour.*, 23 juin.) — Tentative de suicide à l'aide de 2gr,30 de morphine qui sont restés dans l'estomac pendant cinq heures. Guérison, par L. E. LEMERRE. (*Ibid.*, 12 mai.) — Note sur la dose mortelle de strychnine par injection intra-artérielle, par PINET et CHOUPPE. (*Bull. Soc. biol.*, 22 oct., p. 574.) — Étude expérimentale de l'action physiologique : 1° d'un poison des flèches des Négritos (Sakayes) de la presqu'île malaise ; 2° du poison des Wakamba (Zanguebar). Déductions de physiologie générale, par J. V. LABORDE. (*Bull. Soc. biol.*,

p. 37.) — Plusieurs cas d'empoisonnement par du pain altéré, par J. Chalmers Robertson. (*Lancet*, 10 sept.)—De l'empoisonnement par les moules, ses causes, par Dutertre. (In-8°, *Boulogne*.)—Intoxication par les moules, par Bardet. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 nov.) — Intoxication chronique par l'hydrogène sulfuré due à une pommade, par Eichbaum. (*Berl. klin. Woch.*, 17 oct.) — Un cas d'empoisonnement par le chloroforme, par Dunlop. (*Edinb. med. Journ.*, p. 523, décembre.) — Un cas d'empoisonnement aigu par l'acide chromique, par V. Limbeck. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 4.) — Le sulfate de magnésie contre l'empoisonnement par l'acide phénique, par Newton. (*N. York med. Record*, déc., n° 24.)—Empoisonnement par le camphre, par Brothers. (*N. York med. Record*, déc., n° 24.) — Cas d'empoisonnement mortel par l'acide nitrique, par W. Milligan. (*Lancet*, 10 sept.)

Enfant. — La protection de l'enfance, par Bécour. (*Bull. méd. du Nord*, oct.) — La mortalité des nourrissons et l'approvisionnement en lait dans l'agglomération zuricoise, par Kerez. (*Corresp. Blatt f. sch. Aerzte*, 1er et 15 décembre.)—Contribution à l'hygiène des nouveau-nés, par Artémieff. (*Arch. de tocolog.*, 15 sept.) — Rapport clinique des cas observés à l'hôpital royal des Enfants malades, de mai à octobre 1886. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1003, mai.) — Les enfants nés avant terme; la couveuse, par Berthod. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Des couveuses pour les nouveau-nés, par Fürst. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 749.) — De l'usage habituel de la viande dans le régime des jeunes enfants, par C. P. Putnam. (*Boston med. Jour.*, 14 juillet.) — Alimentation artificielle des nouveau-nés, par Rotch. (*Boston med. Jour.*, 29 septembre.) — Trachéotomie et insufflation comme traitement de la mort apparente chez les nouveau-nés, par Scott Watson. (*Lancet*, 16 juillet.)—Aphasie chez un enfant, par Knecht. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 809.)—Pneumonie aiguë intra-utérine, par Hirst. (*Philad. obst. Soc.*, 1er sept.) — Une épidémie de pneumonie chez des enfants, par Trossat. (*Lyon méd.*, 18 déc.) — Des affections aiguës du cœur d'origine rhumatismale chez les enfants, leur comparaison avec celles de l'adulte, pronostic et traitement, par J. Simon. (*Rev. de clin. et thérap.*, 29 déc.) — La pleurésie dans la première enfance; diagnostic et traitement, par Sevestre. (*Ibid.*, 8 déc.) — Gastrite grave aiguë dans la première enfance, par Seifert. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVI, 3 et 4.) — Constipation chez les nouveau-nés par dilatation et hypertrophie du côlon, par Hirschsprung. (*Ibid.*, XXVII, 1 et 2.) — Fièvre récurrente et maladies typhiques chez les enfants, par Wolberg. (*Ibid.*, XXVI, 3 et 4.) — Le typhus abdominal chez les enfants, par Wolberg. (*Ibid.*, XXVII, 1 et 2.) — De l'érésipèle chez l'enfant, par Atkinson. (*N. York med. Record*, nov., n° 20.)—Diabète sucré chez une enfant de 21 mois, par Dale. (*Med. News*, 10 déc.) — Gangrène circonscrite de la peau chez un nourrisson, par Schleiffer. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 33.)—Sur les rapports entre le rachitisme et les maladies de l'oreille chez l'enfant, par Eitelberg. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVII, 1 à 2.) — Sur les indications du lavage de l'estomac dans les maladies de l'estomac et de l'intestin chez le nourrisson, par Epstein. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVII, 1 et 2, p. 113.) — Contribution au traitement antiseptique des maladies de l'estomac et de l'intestin chez le nourrisson, par Escherich. (*Ibid.*, XXVII, 1 et 2.) — Du traitement de la diarrhée estivale et du choléra infantile par une révulsion exercée sur le pneumogastrique, par A. Harkin. (*Boston med. Jour.*, 14 juillet.) — Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens, par L. Dumas. (*Ann. de gynéc.*, déc.) —Traitement antiseptique des diarrhées infantiles, par Le Gendre. (*Arch. de tocol.*, 30 oct.) — Troubles intestinaux des nourrissons, par James

Carmichael. (*Edinb. med. Journ.*, p. 218, septembre.) — Sepsie et antisepsie dans la diarrhée estivale des enfants, par S. A. Potter. (*Boston med. Jour.*, 25 août.)—Enfant de mère syphilitique; gangrène pulmonaire; végétations adénoïdes du pharynx, par J. Darie. (*Bull. Soc. anat.*, p. 15.) — Tumeur solide pesant plus de 3 livres dans la région périnéale d'un fœtus de huit mois, par James Oliver. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXI, 4.)—Hypertrophie du corps thyroïde chez un enfant, par Barlow. (*London clin. Soc.*, 9 déc.) — Des affections de l'apophyse mastoïde chez les enfants, par Hessler. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — Sarcome primitif de l'orbite chez l'enfant, par Perquis. (*Thèse Montpellier*, n° 53.) — Cancer primitif du pancréas chez une enfant, par Kühn. (*Berl. klin. Woch.*, 4 juillet.) — La hernie étranglée chez les enfants, par Gerster. (*N. York Acad. of med.*, 15 déc.) — Trois cas de calculs vésicaux chez des enfants; taille hypogastrique, par Walker. (*Lancet*, 30 avril.) — Du cancer primitif des reins chez l'enfant (étude de 144 cas), par Longstreet Taylor. (*Am. Journ. of the med. sc.*, oct.) — Extirpation d'une tumeur maligne du rein droit chez un enfant de 5 ans. Mort au bout de onze semaines par récidive locale et généralisation aux poumons et au foie, par Alsberg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 873.) — Valeur du calomel dans certaines maladies d'enfants, par Fowler. (*N. York med. Record*, nov., n° 21.)

Épidémie. — Dans les épidémies dites de maison, l'eau n'est pas toujours en cause, par Bonamy. (*Bull. de thérap.*, déc.) — Considérations pratiques sur l'emploi des antiseptiques et des désinfectants comme moyens préventifs des épidémies, par Bonnewyn. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mars.)

Épilepsie. — De l'assistance des épileptiques basée sur l'étiologie et la symptomatologie de l'affection, ou sur l'aptitude sociale des malades, par Semal. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet.) — Note sur l'étiologie de l'épilepsie, par P. Marie. (*Progrès médical*, 29 octobre.) — Épilepsie; symptômes et traitement, par Corning. (*N. York med. Journ.*, p. 685, 18 juin.) — Cas d'épilepsie, par L. Wick. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 423.) — Épilepsie et cataracte, par Sous. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 déc.) — Vergetures chez les épileptiques, par E. Arnould. (*Bull. Soc. anat.*, p. 425.) — De la trépidation épileptoïde, par Kempff. (*Thèse Montpellier*, n° 58.) —Un cas d'épilepsie, par Dodds. (*Journ. of mental sc.*, octobre.)—Troubles intellectuels survenant à la suite de la cessation ou de la diminution d'accès épileptiques, par Baker. (*Boston med. Jour.*, 28 avril.) — Un cas d'épilepsie guéri par la correction d'une hypermétropie, par Frothingham. (*Journ. of amer. Assoc.*, 3 sept.) — Valeur de l'électricité dans le traitement de l'épilepsie, par Rockwell. (*New York med. Journ.*, p. 431, 16 avril.) — Antipyrine et antifébrine dans la migraine et l'épilepsie, par A. M. Hamilton. (*Ibid.*, p. 593, 28 mai.) — De l'antipyrine dans l'épilepsie, par Lemoine. (*Gaz. méd. de Paris*, 24 déc.) — Acétanilide et antipyrine dans l'épilepsie, par J. Leidy. (*N. York med. Journ.*, 485, 29 oct.) — Un cas de trépanation pour l'épilepsie, par Shufeldt. (*Ibid.*, 6 août, p. 152.)

Épithélioma. — Quelques statistiques sur la fréquence relative du cancroïde, par J. B. Greenough. (*Boston med. Jour.*, 9 juin.) — Des excroissances cornées et de la transformation de leur point d'implantation en néoplasmes malins, par Gilles. (*Thèse Montpellier*, n° 2.)

Érésipèle. — Érésipèle des voies aériennes et du poumon, par Henning. (*Chicago med. Times*, mars.) — Érésipèle du pharynx, par Wells. (*New England med. Monthly*, 15 mars.) — Érésipèle du nez avec hémorragie intestinale, par Harwood. (*Americ. Practit. and News*, 30 avril.) — Iodo-

forme et érésipèle, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 49.) — Érésipèle de la face, par Jaccoud. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 sept.)

Érythème. — Cas d'érythème quinique, par Ducrey. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 741, décembre.)

Estomac. — Contraction en sablier de l'estomac, par Finny. (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 4 nov.) — De l'ulcère simple de l'estomac, par Gilbert. (*Thèse de Paris*, 22 déc.) — De l'influence exercée par quelques médicaments sur les mouvements de l'estomac, par J. ten Noever de Brouw. (*Diss. inaug. Utrecht* et *Centr. f. klin. Med.*, p. 803.) — Sur le diagnostic des cancers de l'estomac, par R. Moutard-Martin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 630.) — Cancer de l'estomac consécutif à un cancer du sein opéré, par Castan. (*Académie des sciences et lettres*, in *Montpellier médical*, 16 décembre.)— Obs. d'hypersécrétion continue et périodique du suc gastrique, par Sievers. (*Finska läkares. handlingar*, déc.)—Cancer du foie, consécutif à un cancer de l'estomac, par Vinocouroff. (*Bull. Soc. anat.*, p. 609.) — Hypertrophie circonscrite de la muqueuse gastrique. (Polyadénomes en nappe), par P. Ménétrier. (*Ibid.*, p. 43.) — Hypertrophie de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, par P. Raymond. (*Ibid.*, p. 573.) — Sur un cas de faux cancer de l'estomac, par M. Muselier. (*France médicale*, 15 décembre.) — Gastrite phlegmoneuse, par Ferraresi. (*Bull. Accad. di Roma*, juin.) — Le papier de tropéoline comme réactif de l'acide chlorhydrique libre dans le contenu de l'estomac, par J. Boas. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 852.) — Importance de déterminer l'acidité du suc gastrique pour le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, par Von Sohlern. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — Des acides du suc gastrique et de leur action sur les ulcérations stomacales dans la chlorose et l'anémie, par Ritter et Hirsch. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 5.) — Lavage dans les affections gastriques, par J. Solis Cohen. (*Philad. county med. Soc.*, 26 nov.) — De la divulsion du pylore et du cardia, par Loreta. (*Gaz. d. ospit.*, n° 101.) — Résection du pylore pour cancer ; guérison, par Tansini. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 40.) — Résection du pylore carcinomateux; mort, par E. Kurz. (*Deutche med. Woch.*, n° 50, p. 1088.) — Opération de la fistule gastrique : nouvelle canule à fouloir, par A. Dastre. (*Bull. Soc. biol.*, 29 oct., p. 598.) — De la jéjunostomie dans les rétrécissements pyloriques inopérables, par C. Maydl. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 539.) — La cicatrisation immédiate des plaies de l'estomac suivant les divers procédés de suture, par Poggi. (*Bull. Accad. di Roma*, juin.)

F

Fer. — Altération du fer à l'air humide, formation de la rouille, par Ville. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 29 août.)

Fermentation. — Influence de l'âge de la levure sur la fermentation alcoolique, par Paul Regnard. (*Bull. Soc. biol.*, 27 juillet, p. 443.) — Expression graphique de la fermentation; action des antiseptiques, par Paul Regnard. (*Ibid.*, 9 juillet, p. 455.) — Recherches sur la fermentation alcoolique du galactose, par Em. Bourquelot. (*Ibid.*, 26 nov., p. 698.).

Fièvre. — La fièvre à rechutes chroniques, par Fiessinger. (*Gaz. de méd. de Paris*, 22 octobre.)

Fièvre jaune. — Emploi de la pilocarpine dans la fièvre jaune, par HEBERSMITH. (*N. York med. Ricord*, oct. n° 15.) — Etat des inoculations pour la fièvre jaune, par GASTON. (*Atlanta med. journ.*, octob.)

Fistule. — De la fistule périanale congénitale, par MORI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 48.) — Des meilleurs procédés de traitement des larges fistules vésico-vaginales, par WILLIAM DUNCAN. (*Brit. med. journ.*, p. 936, oct.) — Traitement préparatoire graduel des complications de la fistule vésico et recto-vaginale, par N. BOZEMAN. (*New York med. Jour.*, p. 372, 1er oct.) — 1° Fistule fécale ombilicale consécutive à une cellulite pelvienne; 2° abcès stercoral consécutif à une pérityphlite traumatique, par PAGE. (*Brit. med. jour.*, p. 882, oct.)

Foie. — La formation du sucre dans le foie, par ABELES. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 383.) — Sur la stase en retour du sang du foie, quand son écoulement par les veines hépatiques est interrompu, par SEEGEN. (*Centralbl.f. med. W.*, n° 19.) — Détermination quantitative du glycogène et la formation du sucre dans le foie après la mort, par PANORMOFF. (*Arch. slaves de biol.*, IV, 1.) — Cirrhose parasitaire, par ZWAARDEMAKER. (*Weekbl. von het. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk*, I, p. 679, et *Centralbl. f. d. med. W.*, n° 46.) Cirrhose causée chez le chien par la présence de Distomum campanulatum dans les voies biliaires.) — Etude clinique de l'ictère catarrhal, par HEITLER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 29.) — Des hémorragies gastro-intestinales au début de la cirrhose atrophique du foie, par GAILLARD. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Cirrhose atrophique sous-capsulaire. Périhépatite. Splénomégalie. Mort par péritonite, par DEJERINE ET HUET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 844.) — Cirrhose atrophique à marche rapide, par MOSNY. (*Ibid.*, p. 415). — Coïncidence d'un cancer de l'estomac et d'une cirrhose hépatique chez un alcoolique, par MICHAUT. (*Ibid.*, p. 754.) — Cirrhose latente. Hématémèses abondantes et répétées; rupture de varices œsophagiennes, par MOSNY. (*Ibid.*, p. 62.) — Peut-on attribuer la cirrhose du foie à un traumatisme? Etude médico-légale, par F.-W. STUART. (*Boston med. jour.*, 28 juillet.) — Cas de cirrhose hypertrophique chronique du foie, par ALEX. YULE. (*Lancet*, 27 août.) — Chlorure d'ammoniaque dans le traitement des affections du foie, par W. STEWART. (*Lancet*, 22 octobre.) — Cancer massif du foie; généralisation aux poumons, par POTOCKI et HISCHMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 80.) — Cancer primitif du foie; hérédité directe et collatérale; mort par hémorragie, par DUMAS. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 51.) — Contribution à l'étude de l'hépatite suppurée des pays chauds, par THOMAS. (*Thèse de Montpellier*, n° 30.) — Cas d'atrophie rouge aiguë du foie, par A.-F. HOLT. (*Boston med. journ.*, 20 octobre.) — Note sur un cas d'abcès du foie ouvert dans l'intestin; guérison, par HUBERT A. BURKE. (*Lancet*, 15 octobre.) — Cas de péritonite enkystée, suite d'abcès du foie, par AYER. (*Boston med. jour.*, 21 avril.) — Etiologie des abcès du foie, amibe dysentérique vivant dans le pus des abcès, par KARTULIS. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 25.) — Du traitement chirurgical des abcès du foie par la méthode de Stromeyer Little, par MABBOUX. (*Rev. de chir.*, mai et juin.) — Angiome du foie; autopsie; examen microscopique, par E. LEFLAIVE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 379.) — Tubercules du foie, par P. BLOCQ. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 60.) — Abcès aréolaire tuberculeux du foie; abcès sous-diaphragmatique; broncho-pneumonie tuberculeuse, par GOMBAULT et BREDA. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 737.) — Rupture traumatique du foie, par GAMPERT. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 726.) — A propos d'une résection du foie exécutée, par Loreta, par CECCHERELLI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 79.)

Fracture. — Fracture de Pott comparée à la fracture du péroné par adduction,

par R.-T. Morris. (*New York med. journ.*, p. 704, 24 déc.) — Bandage pour les fractures de la clavicule et de l'acromion avec forte disjonction des fragments par Goschel. (*Cent. f. Chir.*, n° 10.) — Attelle plâtrée de Belly disposée en spirale pour le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, par Braatz. (*Cent. f. Chir.* n° 9.) — Des fractures simples des os du carpe, par Delbecq. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — Traitement des fractures transversales de la rotule par le massage, par V. Wagner. (*Wien. med. Presse*, n° 35.) — Nouvelle forme de crochets pour le traitement des fractures simples de la rotule, par W.-K. Otis (*New. York med. Journ.*, *p.* 734, 31 déc.) — Fracture ancienne de la rotule avec cal long, souple, permettant une flexion normale, par Broca et Chaput. (*Bull. Soc. anat.*, p. 315.) — Fracture bi-malléolaire avec luxation de l'astragale sur le dos du pied, en avant et en dehors. Réduction de la fracture. Irréductibilité de la luxation. Ablation de l'astragale, Guérison, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 329-331.) — Fracture de Dupuytren mal consolidée. Ostéotomie secondaire, par Peyrot. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 328-329.)—Un cas de fracture et luxation de l'astragale,par L.-A. Stimson. (*New York Journ.*, p. 594, 28 mai.) — Quelques cas de fractures traitées par Petit. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Fractures juxta-articulaires, leur traitement par le massage, par Léonardon-Lapervenche. (*Thèse de Paris*, 23 déc.)

Frambœsia. — Du frambœsia, par G. Lewin. (*Berlin klin. Woch.*, 21 nov.)

Furoncle. — Sur l'affection furonculeuse, par Cavalier. (*Thèse de Montpellier*, déc.)

G

Gangrène. — Quelques observations de gangrène gazeuse, par Negretti. (*Thèse de Bordeaux*, novembre.) — Contribution à l'étude de la gangrène cutanée multiple d'origine neuropathique, par C. Kopp. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n° 15.) — Gangrène spontanée ulcéreuse de la peau à une période avancée de la syphilis, par H.-G. Klotz. (*New York med. journ.*, p. 395, 8 octobre.)

Gastrostomie.— De la gastrostomie, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 7 déc.) Gastrostomie pour un cancer de l'œsophage, par Warren. (*New York med. Record*, n° 29, nov.) — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Gray. (*Sunderland and North Durham med. soc.*, 17 nov.) — Gastrostomie pour obstruction de l'œsophage, guérison, par Mac Carthy. (*Lancet*, 29 octobre.)—Gastrostomie pour l'exploration digitale de l'œsophage. Extraction d'un corps étranger, par W.-T. Bull. (*New York med. journ.*, p. 481, 29 octobre.)

Gaz. — Note sur la pathogénie des accidents tardifs du grisou, par Cenas, (*Loire médicale,* 15 décembre.) — Action physiologique des gaz produits par une combustion incomplète du gaz de l'éclairage, par N. Gréhant. (*Bul. Soc. biol.*, p. 779, 17 déc.)

Génitaux (Org.).— Induration plastique des corps caverneux, par Delaborde. (*Thèse de Paris,* 23 déc.) — Mélanosarme du pénis, par Fischer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXV, p. 313.) — Les méthodes et procédés d'amputation pénienne, par Vergoz. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Sur l'amputation de la verge, par Petersen. (*Wiener med. Blätter*, n° 34.) — Un cas d'amputation du pénis pour épithélioma, par H.-W. Boone. (*Lancet*, 1er octobre.)

— Traitement du prurit vulvaire, par Campe. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 33.) — Formules thérapeutiques contre le prurit vulvaire, par Francis Taylor Simson. (*Lancet*, 10 sept.) — Fibro-myxome de la grande lèvre gauche, ablation, par Dumoulin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 28.)

Géographie médicale.—Hygiène des peuples de la Nouvelle-Calédonie, par Haueur. (*Thèse de Montpellier*, n° 8.) — Essai de topographie médicale de Sainte-Marie de Madagascar, par Girard. (*Ibid.*, n° 52.) — Etude sur la province de Kouang-Duc, par Le Guen. (*Ibid.*, n° 44.)

Glaucome. — Hémorragie persistante dans la chambre antérieure après l'iridectomie pour un glaucome chronique, par E. Jones. (*Ophth. soc. of unit. Kingdom*, 8 déc.) — Du glaucome consécutif à l'extraction linéaire, par Stölting. (*Arch. f. Ophth.*, XXXII, 2.)—L'iridectomie contre le glaucome, par Leber. (*Rev. d'Ophthalm.*, n° 10.)

Goutte. — L'antipyrine dans le traitement de la goutte, par Lapponi. (*Raccoglitore med.*, n° 13, novembre.)

Grossesse. — Signes de la grossesse; sa grossesse peut-elle être méconnue par une femme? par Brouardel. (*Gaz. des hôpit.*, 29 nov.) — Diagnostic de la grossesse double, par Gizzoni. (*La Rassegna di sc. med.*, oct.) — Cas de superfétation, par Georges Giles. (*Lancet*, 17 sept.) — Un cas de grossesse multiple (un enfant normal et un fœtus double), par Clements. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Mouvements rythmiques du fœtus observés pendant la grossesse, par Mermann. (*Centralbl. f. Gynæk.*, n° 39.) — Grossesse facilitant l'extirpation des annexes de l'utérus dans certains cas, par Buckmasser. (*New York med. journ.*, p. 595, 26 nov.) — Maladie de Bright pendant la grossesse, par Herman. (*London obstet. Soc.*, 7 déc.) — Trois cas de maladie chronique de Bright dans la grossesse, par Weinbaum. (*Zeis. f. klin. Med.*, XIII, 3 et 4.) — Hémorragie considérable par rupture traumatique de varices des organes génitaux externes pendant la grossesse, par Legry. (*Progrès médical*, 22 octobre.) — Grossesse survenue dans un cas de rétroversion de l'utérus, avec distension de la vessie et eschare de la muqueuse vésicale, guérison, par J.-G.-G. Corkhill. (*Lancet*, 31 décembre.) — Emploi de la cocaïne contre les vomissements de la grossesse, par Frank Collins. (*Ibid.*, 17 déc.) — Sur une nouvelle méthode de traitement des vomissements de la grossesse, par William Duncan. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Cas de mort par suite de rupture de la poche fœtale dans une grossesse anormale, observé chez une fille de 22 ans (grossesse tubaire), par Willems. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juin.) — Grossesse tubaire, rupture du kyste en arrière, formation d'une hématocèle rétro-utérine extra-péritonéale, guérison sans opération, par Morris. (*Med. news*, 5 nov.)— Grossesse dans un utérus double, par Stebbins. (*Boston med. journ.*, 12 mai.— Hématocèle tubaire dans la grossesse extra-utérine, par Lawson Tait. (*Brit. med. journ.*, p. 1050, nov.) — Laparotomie primaire dans les grossesses extra-utérines, par Harris. (*Amer. journ. of obstet.*, nov.) — Coliques hépatiques, pleurésie double, grossesse tubaire, mort par hémorragie foudroyante dans la cavité abdominale, par Chartier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 638.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la grossesse extra-utérine, par D. Berry Hart et J.-T. Carter. (*Edinb. med. journ.*, p. 332, octobre.) — Grossesse extra-utérine, par Breisky (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 novembre.)

H

Helminthes. — Sur une nouvelle espèce de distome parasite de l'homme, le distomum Rathonisi, par Poirier. (*Arch. de zool. expér.*, V, p. 203.) — La Bilharzia hœmatobia dans l'Afrique occidentale, par C.-H. Eyles et S. Edin. (*Lancet*, 1er octobre.) — De l'enkystement du megastoma intestinal (Cercomonas intestinalis de Lambl), par Perroncito. (*Giornale Accad. di med. di Torino*, sep.) — Formation des spores de la grégarine du lombric, par Henneguy. (*Bull. Soc. biol.*, 2 juillet, p. 439.) — Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques, par Devaux. (*Progrès médical*, 12 novembre.)

Hémophilie. — Un cas d'hémophilie, par Kurz. (*Med. chir. Centralb.*, n° 48.)

Hémorragie. — Hémorragie naso-bronchique foudroyante, chez une fille de 20 ans à hérédité tuberculeuse, par Muller. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 740, décembre.) — Des injections de pus de citron dans les épistaxis, par Geneuil. (*Bull. de thérap.*, nov.) — Un cas de dégénérescence myxomateuse du chorion; hémorragie profuse; transfusion; guérison, par J. Halliday Croom et J.-H. Smith. (*Edinb. medic. journal*, p. 297, octobre.) — Des hémorragies utérines; remarques sur leur étiologie et leur traitement, par Davenport. (*Boston med. jour.*, 11 août.) — Ligature des membres dans les opérations chirurgicales, par Sweetnam. (*New York med. journ.*, p. 686, 17 déc.) — De la valeur thérapeutique de quelques médicaments (ergot de seigle, digitale, cannabis indica, bromure de potassium, arsenic, acide gallique, mercure, fer, etc.) dans le traitement des hémorragies utérines, par C.-D. Palmer. (*Amer. Gyn. Soc. — Boston med. journ.*, 6 octobre.)

Hémorroïdes. — Le traitement chirurgical des hémorroïdes, par Schwartz (*Rev. de clin. et thér.*, 8 déc.) — Traitement de la fissure à l'anus et des hémorroïdes par la dilatation progressive, par H.-O. Walker. (*N. York med. journ.*, p. 128, 30 juillet.) — Traitement des hémorroïdes, par Richet. (*France médicale*, 13 décembre.)

Hernie. — Hernie propéritonéale, par Sonnenburg. (*Berl. klin. Woch.*, 16 mai.) — Un cas de hernie intra-mésentérique, par Walsem. (*Cent. f. Chir.*, n° 42.) — Hernie inguinale étranglée; hématome du mésentère rendant la réduction impossible après kélotomie; résection de 20 centimètres d'intestin; anus contre nature; guérison, par Verchère. (*Bull. Soc. anatom.*, p. 12.) — Hernie inguinale ancienne, obstruction par corps étranger, kélotomie, anus contre nature, guérison, par Guillet. (*Ibid.*, p. 460.) — Hernie inguinale du cœcum à sacs multiples, par Aldibert. (*Ibid.*, p. 436.) — Hernie inguinale congénitale du cœcum, chez un fœtus de 7 mois atteint de pieds bots, de mains botes et de bec-de-lièvre. Rapports du cœcum et du rectum chez le fœtus, par Broca. (*Ibid.*, p. 407.)— Hernie crurale droite volumineuse, chez une femme, avec hernie du cœcum et de l'épiploon. Elargissement considérable de l'anneau crural correspondant à la hernie et de l'anneau du côté opposé, par Chaput. (*Ibid.*, p. 9.) — Hernie ombilicale étranglée, cure radicale, guérison, par Picqué. (*Gaz. méd. de Paris*, 24 sept.) — Etiologie de l'étranglement herniaire, par J. Baron. (*Wien. med. Presse*, n° 51.) — Du pincement latéral de l'intestin et des hernies diverticulaires étranglées, par Germa. (*Thèse de Montpellier*, n° 9.) —

Contribution à l'étude de la réduction en masse de la hernie inguinale oblique externe, non étranglée, par V. Faucon. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, avril.) — Des modifications apportées par l'antisepsie dans les règles du traitement de l'étranglement herniaire, par Michaux. (*Gaz. des hôp.*, 24 déc.) — Comment doit-on traiter le sac dans la herniotomie, par Weir ? (*N. York Acad. of med.*, 15 déc.) — Kélotomie, par J.-S. Wight. (*New York med. journ.*, p. 462, 22 oct.) — Le traitement moderne dans la hernie étranglée, par Burchard. ((*N. York Acad. of med.*, 15 déc.) — Hernie gangréneuse, résection de 15 centimètres d'intestin, guérison, par Sobolewski. (*Deut. med. Woch.*, n° 23.) — Du traitement du sac dans la hernie étranglée, par John Poland. (*The Practitioner*, novembre, p. 355.) — Cure radicale des hernies, par Vallas. (*Province méd.*, 26 nov.)—Cure radicale des hernies, par Rendal Franks. (*Brit. med. j.*, p. 1202, déc.) — 35 opérations de cure radicale des hernies, par A. Baker. (*Ibid.*, p. 1203.) — Cure radicale des hernies par des injections à ciel ouvert, par Keetley. (*Ibid.*, p. 1205.) — Cure radicale des hernies, par Rabagliali. (*Ibid.*, p. 1206.) — Opération de la cure radicale des hernies, par Thornley Stoker. (*Brit. med. j.*, p. 1200, déc.) — Cure radicale de la hernie inguinale étranglée, par Mac Gillicuddy. (*New York med. journ.*, p. 737, 31 déc.) — Kélotomie combinée avec l'opération radicale, guérison, chez un enfant de sept mois, par W.-W. Seymour. (*N. York med. journ.*, p. 579, 21 mai.) — Cinquante-cinq cas d'opération pour la cure radicale de la hernie, par Arthur Neve. (*Lancet*, 17 septembre.)

Herpès. — De la nature infectieuse de l'herpès, par Knœvagel. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 17 déc.) — De l'herpès tonsurans, par Quincke. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 22.)

Histologie. — Traité d'histologie pathologique, par Rindfleisch, traduction sur la 6e édit., par Gross et Schmitt. (In-8°, 880 p., *Paris.*) — De la pyridine en histologie, par A. de Souza. (*Bull. Soc. biol.*, 5 nov., p. 622.) — Note sur l'emploi du sulfate d'indigo comme réactif de la myéline, par Arthaud. (*Ibid.*, 29 avril, p. 252.) — La photographie des préparations histologiques, par Y.-H. King. (*N. York med. journ.*, p. 7, 2 juillet.) — Les données de la clinique contre celles du microscope dans les affections malignes, par Coe. (*N. York med. journ.*, p. 679, 18 juin.)

Hôpital. — Rapport sur un projet de construction de services d'isolement à l'hôpital Trousseau, par A.-J. Martin. (*Revue d'hyg.*, IX, 1060 et 1107, décembre.)

Hydatide. — Pathologie de l'urticaire hydatique, par Debove. (*Acad. des sc.*, 19 déc.) — Kystes hydatiques multiples, arthrite suppurée de l'articulation coxo-fémorale, par Mordret. (*Bull. Soc. anat.*, p. 484.) — Kystes hydatiques de l'abdomen et du bassin, laparotomie, guérison, par J. Potocki. (*Ibid.*, p. 536 et 545.) — Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale, traitement, par Albert. (*Thèse de Paris*, 3 déc.) — Deux cas d'échinocoque et un cas d'abcès du foie, opération, guérison, par Usiglio. (*Riv. veneta di sc. med.*, nov.) — Kyste hydatique de la face convexe du foie ouvert dans la plèvre et l'ayant infectée secondairement, par H. Handford. (*Lancet*, 17 décembre.) — Nouvelle contribution à l'étude des kystes hydatiques (réopération de 2 malades), par Fick. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXV, p. 112.) — Kystes hydatiques du foie méconnus pendant la vie chez un syphilitique alcoolique, coexistence de cirrhose, hémorragie cérébrale, par G. Bouisson. (*Bull. Soc. anat.*, p. 131.) — Coexistence de cancer généralisé et de kyste hydatique du foie, par F. Regnault. (*Ibid.*, p. 728.) — Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, par J. Girode. (*Ibid.*,

p. 32.) — Kyste hydatique du foie, kystes multiples de l'abdomen et du bassin, par G. Budor. (*Ibid.*, p. 21.) — Rupture extra-péritonéale d'un kyste hydatique du foie, par Treves. (*London clin. Soc.*, 9 déc.) — Kyste hydatique du foie, opération, guérison, par Coupland. (*London clin. Soc.*, 9 déc.) — Kyste hydatique de la surface supérieure du foie, ponction et drainage à travers la plèvre, par Owen. (*Ibid.*) — Kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires, par Hammerschlag. (*Wiener med. Blätter*, nos 43-44.) — Kyste hydatique du foie, incision. Guérison, par E. Kurz. *Wien. med. Presse*, n° 39.) — Kyste hydatique du foie, ponction, drainage, péritonite. Mort, par de Sardac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 décembre.) — Des kystes hydatiques des os longs, 1 cas, par Bergmann. (*Berl. klin. Woch.*, 3 janv.)

Hydrothérapie. — De l'hydrothérapie dans le traitement des maladies aiguës et fébriles, par Dujardin-Beaumetz. (*Bullet. méd.*, 7 déc.) — Hydrothérapie dans les affections mentales, par Th.-H. Kellogg. (*New York med. journ.*, p. 427, 15 oct.)

Hygiène. — Législation concernant l'hygiène dans l'empire allemand, par C. Gœsch et J. Karsten. (*Berlin et Leipsig.*) — Les devoirs de l'Etat vis-à-vis de la santé publique, par F.-B. Stephenson. (*N. York med. journ.*, p. 705, 25 juin.) — Projet d'organisation de l'hygiène publique en France, par Henrot (In-8°, *Reims.*) — De l'hygiène dans l'enseignement secondaire au point de vue du corps et de l'esprit de l'enfant, par L. Reuss. (*Annales d'hyg. publ.*, XVIII, novembre et décembre.) — Rapport sur les colonies de vacances du 1er arrondissement, par Dubrisay. (*Revue d'hyg.*, IX, 1007, novembre.) — Les projets d'assainissemente de Rouen, par E. Vallin, (*Ibid.*, IX, 941, novembre.) — Le corset. Pression et déplacement, par R.-P. Dickinson. (*New York med. journ.*, p. 507, 5 nov.) — Les affections oculaires dues au surmenage chez les écoliers, par Adler. (*Wien. med. Presse*, n° 33.) — Du banc d'école, par E. Pins. (*Wien. med. Presse*, n° 40.) — Des maladies nerveuses et mentales produites par le surmenage dans les écoles, par Meynert. (*Wiener med. Blätter*, n° 32.)— Les variations du niveau des eaux souterraines dans leurs rapports avec la pression atmosphérique, les pluies et les maladies infectieuses, par Arata. (*Buenos-Ayres.*) — Arrêté prussien portant réglementation des latrines à effet d'eau non reliées aux égouts à vidanges (*Viertelj f. gerichlt. Med.*, XLVIII, 195.) — Arrêté ministériel prussien concernant la fabrication du chlorure de zinc. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVIII, 195.) — Le monument crématoire du cimetière de l'Est, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 77.) — De la prostitution, discussion à l'Académie de médecine de Belgique. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, déc. 1886, janv., fév., mars, avril 1887.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme en Italie, par Gemma. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 93.) — L'hypnotisme au point de vue de sa valeur clinique et médico-légale, par Obersteiner. (*Klin. Zeit. und Streitfragen*, Hft. 2.) — Hypnotisme et responsabilité, par Rous. (*Thèse de Montpellier*, n° 33.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur l'hypnotisme en thérapeutique. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 novembre.) — De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme, par Luys. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVIII, n° 35). — La dispolarisation chez les hypnotiques, par Lombroso. (*Arch. di psichiatria*, VIII, n° 4.) — La suggestion des milieux sociaux, par Paul Copin. (*Revue de l'hypnotisme*, 1er sept.) — Réaction des nerfs et des muscles à l'excitation électrique chez une femme qui présentait des phénomènes hypnotiques à l'état de veille, par Marina.

(*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Des modifications de la circulation et de la respiration dans les divers états suggestifs de l'hypnotisme, par Morselli et Tanzi. (*Giorn. d'Accad. di Torino*, sept., oct.) — Effets de l'hypnotisme sur l'insomnie, par Charles Richet. (*Bull. Soc. biol.*, 4 juin, p. 357.) — Contribution à l'étude du sommeil nerveux spontané et provoqué, par P.-V. Meunier. (*Thèse de Montpellier*, n° 54.) — Observation d'accouchement dans l'état de somnambulisme provoqué, par Mesnet. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVII, n° 28.) — Anesthésie chirurgicale par hypnotisme et suggestion, par Santelli. (*Thèse de Montpellier*, n° 46.) — Action thérapeutique de la suggestion : 1° observation de manie chez une nouvelle accouchée. Guérison par la suggestion; 2° délire alcoolique. Guérison par la suggestion, par Brémaud. (*Bull. Soc. biol.*, p. 345, 4 juin.) — Constipation opiniâtre vaincue par l'hypnotisme, par de Renzi. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 502, oct.) — Spasme œsophagien chez un hystérique guéri par la suggestion hypnotique, par Scaravelli. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Attaques d'hystéro-épilepsie supprimées par suggestion hypnotique, par Sollier. (*Progrès médical*, 15 octobre.) — Le traitement des buveurs et des dipsomanes par l'hypnotisme, par Ladame (*Revue de l'hypnotisme*, 1er novembre.) — Un cas de régularisation des règles par suggestion, par Bernheim. (*Ibid.*, nov.)

Hystérie. — De l'hystérie dans l'enfance, par Dubois (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er juillet.) — De l'hystérie dans l'armée, par Labadens. (*Thèse de Montpellier*, n° 24.) — Remarques sur l'hystérie traumatique, par Debove et Catrin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 octobre.) — Hystérie mercurielle, par Guinou. (*Gaz. méd. de Paris*, 26 novembre.) — De l'hystérie alcoolique, par Dreyfous. (*Union médicale*, 3 novembre.) — Observation d'hyperpyrexie hystérique, par A. Clemow. (*Brit. med. j.*, p. 1211, déc.) — Contribution à l'étude de la fièvre hystérique, par Deleuil. (*Thèse de Montpellier*, n° 27.) — Hystérie chez l'homme; guérison subite d'une paralysie psychique après une émotion religieuse, par H. Handford. (*Brit. med. journ.*, p. 879, oct.) — Hystérie chez l'homme, accès de léthargie et de somnambulisme, insuccès de l'électricité statique et de l'hydrothérapie, par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 29 déc.) — Un cas de mutisme hystérique guéri par l'hypnotisme, par Dello Strologo. (*Il Morgagni*, octobre.) — Traitement rationnel de l'hystérie, par Fiske-Bryson. (*New York. med. journ.*, p. 567, 19 nov.) — Des paralysies hystéro-traumatiques chez l'homme, par Charcot. (*Semaine méd.*, 7 déc.) — Du traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par la méthode de W. Mitchell et de Playfair, par R. Burkart. (*Berlin. klin. Woch.*, novembre.)

I

Idiotie. — Les yeux d'un idiot adulte, par Olives. (*The amer. journ. of opht.*, août.) — Imbécillité, malformations congénitales des deux mains et du pied gauche; polysarcie, par Bourneville et Raoult. (*Progrès médical*, 19 septembre.)

Impetigo.—Impetigo contagiosa, par G.-Th. Jackson. (*New York med. journ.*, p. 564, 19 novembre.)

Inanition. — La mort par inanition, lésions anatomiques, par Alex. Porter. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 106, août.)

Infection. — Étude sur les infections multiples, par JACONTINI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 90.) — Du rôle des insectes dans la propagation des maladies infectieuses, par LONGUET. (*Union médicale*, 24 sept.)— Séméiologie générale des maladies infectieuses, par LEGROUX. (*Bull. méd.*, 20 décembre.)

Injection. — Les injections sous-cutanées d'antipyrine dans les affections douloureuses, par S. FRÆNKEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 899.) — Désordres locaux produits par les injections sous-cutanées d'antipyrine; névrites, par ARNOZAN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 décembre.) — Phénomènes particuliers à la suite d'une injection de morphine, par H.-C. COE. (*New York med. journ.*, p. 267.)— De l'élimination du fer hors de l'organisme, après les injections sous-cutanées ou intra-veineuses du médicament, par J. JACOBY. (*Thèse inaug. Strasbourg.*) — Des injections rectales gazeuses d'hydrogène sulfuré dans les affections pulmonaires, par VASTICAR. (*Thèse de Montpellier*, n° 55.) — Injections intra-pulmonaires parenchymateuses, en particulier de bichlorure d'hydrargyre, par PROSPER GARY. (*Ibid.*, n° 49.) — Des injections d'ergotine indolores, par LILIENFELD. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 48.) — Les injections intra-utérines, par BOSSI. (*L'Ateneo med. Parmense*, n° 4.)

Insolation — Deux cas de coup de chaleur, par KATZENBACH. (*New York med. journ.*, p. 623, 3 déc.) — Coup de soleil, par JOHN ANDERSON. (*Lancet*, 29 octobre.)

Intestin. — Phtisie chronique; catarrhe intestinal léger; petit adénome de l'intestin grêle, par J. GIRODE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 535.) — Mucocèle de l'appendice cœcal, par VIMONT. (*Ibid.*, p. 608.) — Des coliques sèches, par PONS. (*Thèse de Montpellier*, n° 45.) — Sur un cas de pyléphlébite suppurée et d'ulcère de l'appendice vermiforme, par D. COLQUHOUN. (*Lancet*, 24 sept.) — Duodénite, ictère, diabète, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, p. 389, nov.) — L'ulcère rond du duodénum, par TROVATI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 95.) — Ulcère simple du duodénum, perforation et péritonite rapidement mortelle ayant simulé l'étranglement interne, par A. DUTIL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 478.) — Cas de typhlite, par SILK et GOODHART. (*Lancet*, 10 déc.) — Golite ulcérative, par WHITE. (*London path. Soc.*, 6 déc.) — Colite ulcéreuse, par PARMENTIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 378.) — Du cancer primitif de l'iléon; simultanéité du cancer et de la tuberculose, par LUBARSCH. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2, p. 280.) — Anomalie dans la position du cœcum, par H. HARTMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 311.) — Rétrécissement tuberculeux du côlon, par TREVES. (*London path. Soc.*, 6 déc.) — Du traitement de la constipation habituelle, par L. EWER. (*Therap. Monatsch.*, p. 90.) — Le traitement de la constipation (sans lésion organique), par HAYS. (*New York med. journ.*, p. 566, 21 mai.)— Cannabis indica dans la diarrhée, par FREDERICK-F. BOND. (*The Practitioner*, juillet.) — Adénomes multiples du gros intestin; rectotomie linéaire, invagination iléo-cœcale, par GUILLET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 116.) — Extirpation d'un grand lipome rétro-péritonéal; résection d'un segment intestinal de 18 centimètres; suture de l'intestin; guérison, par ALSBERG. (*Deuts. med. Woch.*, n° 46, p. 994.) — Elimination spontanée de 60 centimètres d'intestin grêle chez l'adulte, par KRAFFT. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, p. 740, déc.) — Blessure de l'intestin; arrachement de 2 mètres d'intestin (suicide), par SOCIN. (*Corrosp.-Bl. f. scheiw. Aerzte*, 15 mai.) — Blessure par arme à feu dans l'intestin; laparotomie; mort, par J. WARREN. (*New York med. journ.*, p. 325, 17 sept.)—Laparotomie pour plaie de revolver de l'intestin; guérison, par LANGE. (*New York surg. Soc.*, 9 nov.) — Entérotomie pour rétrécissement congénital de l'iléon, par TISCHENDORF. (*XVIe Congrès des*

chirurg. allemands.) — De la suture circulaire de l'intestin, par W. Halsted. (*Amer. journ. of the med. sc.*, octobre.) — Projet d'entéroplastique, par Nicoladoni. (*Wiener med. Presse*, n° 50.) — Melanosarcome de l'iris, par Fuchs. (*Soc. des méd. de Vienne,* 4 novembre.)

K

Kystes. — Production expérimentale des kystes sébacés, par E. Kaufmann. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 2, p. 417.) — Pathogénie des tumeurs de la queue du sourcil, par Larger. (*Bull. Soc. de Chir.*, XIII, p. 400.) — Kyste dermoïde de la région mastoïdienne; examen histologique, par Isch-Wall. (*Bull. soc. Anat.*, p. 435.) — Kystes sébacés de la paume de la main, par F. Villar. (*Bull. Soc. anat.*, p. 207.) — Le contenu des kystes dermoïdes (répandu dans le péritoine) n'est pas toujours nuisible, par Engström. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 5.) — Kyste synovial carpo-métacarpien, par F. Villar. (*Bull. Soc. anat.*, p. 145.) — Kystes synoviaux du genou, par P. Poirier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 98.)

L

Lacrymales (Voies). — Traitement des rétrécissements et inflammations des voies lacrymales, par Valude. (*Gaz. des hôp.*, 3 déc.) — Du cylindrome de la glande lacrymale accessoire, par Aievoli. (*Riv. internazion.*, IV.) — Du prolapsus de la glande lacrymale, par Noyes. (*The amer. journ. of ophthalm.*, août.) — Compression dans le traitement des dacryocystites phlegmoneuses et des fistules du suc lacrymal, par Borthen. (*Revue gén. d'ophthalm.*, 31 juillet.)

Lait. — Action physiologique et thérapeutique du lait, par Santoliquido. (*Terapia moderna*, oct.)

Langue. — Lipome de la langue, par Wherry. (*Cambridge med. Soc.*, 8 mai.) — Des ulcérations imaginaires de la langue, par Verneuil. (*Bull. Ac. de méd.*, XVIII, n° 39.) — De la glossodynie, glossalgie, névralgie linguale, etc., par Magitot. (*Gaz. hebd.*, 2 déc.) — Un cas de nigritie de la langue, par Vernet. (*Gaz. des hôp.*, 31 déc.) — Hypertrophie des follicules clos de la langue; emploi du galvano-cautère; guérison, par William Robertson. (*Lancet*, 31 décembre.) — Quatre cas d'incision de la langue, par A. M'Gill. (*Edinb. med. journ.*, p. 126, août.)

Laparotomie. — L'incision exploratrice extrapéritonéale, par B. Bardenheuer. (*Stuttgart.*) — De la laparotomie exploratrice extrapéritonéale sur la ligne blanche, par V. Gubaroff. (*Cent. f. Chir.*, n° 47.) — Une série de laparotomies, par Halliday Croom. (*Arch. de tocologie*, 15 août.) — L'état et les fonctions de l'intestin après la laparotomie, par Malcolm. (*Royal med. chir. Soc.*, 25 oct.) — Dilatation aiguë de l'estomac consécutive à la laparotomie, par Hunter. (*Americ. gynec. Soc.*, 14 sept.) — Des purgatifs dans la péritonite consécutive à la laparotomie, par Baldy. (*Philad. obst. Soc.*, 6 oct.) — Irrigations continues d'eau chaude dans les cas de septicémie après la laparotomie, par Haggard. (*Southern Practitioner*, nov.)—

Indications et contre-indications de la laparotomie, par NILSEN. (*New York med. journ.*, p. 38, 9 juillet.) — 384 laparotomies pour diverses affections, par HOMANS. (*Cong. internat. Washington.*) — Laparotomie dans les cas de suppuration dans la cavité abdominale et de péritonite, par J. C. IRISH. (*Boston med. journ.*, 18 août.) — 64 cas de laparotomie, comprenant 45 ovariotomies suivis de quelques réflexions, par C. J. CULLIRGWORTH. (*The Lancet*, 30 juillet.) — Laparotomie pour perforation dans la fièvre typhoïde; mort, par MORTON. (*Med. news*, 24 déc.) — Des avantages de la laparotomie pour l'ouverture de certains abcès profonds du bassin, par DE MALHERBE. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Trois cas de laparotomie; un pour coup de feu de l'abdomen, par MORTON. (*Philad. Acad. of surgery*, 7 nov.) — Laparotomie compliquée par une véritable diathèse hémorragique; transfusion; guérison, par CARROL. (*New York med. record*, nov. n° 20.) — Laparotomie pour étranglement interne chez un syphilitique; guérison avec développement d'une tumeur spécifique au niveau de la plaie opératoire, par SOCIN. (*Corresp. Blatt für schw. Aerzte*, p. 367, 15 juin.) — Laparotomie pour une hémato-salpyngite, par NANCREDE. (*Philad. Acad. of surg.*, 5 déc.) — Opération pour les hernies ventrales consécutives à la laparotomie, par CHADWICK. (*Americ. gynec. Soc.*, 14 sept.) — L'état actuel de la laparo-élytrotomie, par W. D. MAC KIM. (*New York med. journ.*, p. 651, 10 déc.)

Larynx. — De l'éclairage en laryngoscopie et otoscopie, par BARATOUX. (*La Pratique méd.*, 15 mars.) — Laryngoscope fixe, par ROSER. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Ossification de l'appareil hyoïdien, par P. POIRIER et H. MEUNIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 876.) — Distension pneumatique phonatoire ou hernie du ventricule laryngé, par SOLIS COHEN. (*Med. news*, 17 oct.) — Sur un cas de dégénérescence colloïde des glandes mucipares du larynx, par MASINI. (*Congrès de Pavie*, 20 sept.) — Œdème de la glotte, œsophagite, gastro-entérite aiguë par ingestion de bouillon très chaud chez un très jeune enfant; mort prompte, par DESCROIZILLES. (*Gaz. des hôp.*, 27 déc.) — Mort brusque par œdème inflammatoire de la glotte dans une néphrite atrophique, par FRAENKEL et VIRCHOW. (*Berl. klin. Woch.*, 30 mai.) — Deux cas d'abcès idiopathiques intralaryngés, par C. MACDONALD. (*Lancet*, 24 septembre.) — Traitement des abcès intralaryngés résultat de périchondrites avec nécrose, par SOLIS COHEN. (*Med. news*, 24 déc.) — Périchondrite du cartilage cricoïde, par JURIST. (*Med. news*, 5 nov.) — Arthrites crico-aryténoïdiennes, par G. W. MAJOR. (*New York med. journ.*, p. 345, 24 sept.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur la blennorrhée de Störck avec ozène laryngé trachéal. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre.) — Laryngite hémorragique, par A. BLOCH. (*Wien. med. Presse*, n° 33.) — Hématome traumatique du larynx, par GLEISSMANN. (*New York med. record*, oct. n° 18.) — Un cas d'hématome du larynx, par TER MATEN. (*Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Genesk.*, I, p. 679.) — Hémorragie récidivante de la corde vocale, par C. E. BEAN. (*New York med. journ.*, p. 351, 24 sept.) — Laryngite tuberculeuse, par H. L. SWAIN. (*New York med. Journ.*, p. 675, 17 déc.) — Traitement de la tuberculose laryngée par le phosphate de chaux, par RÉTHI. (*Wien. med. Presse*, n° 44.) — Vues récentes sur le traitement de la tuberculose de la gorge et du larynx, par L. BROWNE. (*New York med.*, p. 380, 1er oct.) — La curabilité de la phtisie laryngée et son traitement chirurgical, par TH. HERYNG. (*Stuttgart.*) — Traitement de la phtisie laryngée, par HUNTER MACKENZIE. (*Brit. med. journ.*, p. 458, août.) — Un cas de chorée vocale, par ABATE. (*Broch. Catane.*) — De la toux nerveuse, par BRESGEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.) — De l'ictus laryngé, par WEILL. (*Province méd.*, 3 déc.) — Sur les paresthésies des premières

voies aériennes, par Koch. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — Spasme de la glotte d'origine hystérique, par de Sanctis. (*Raccoglitore med.*, oct., n° 10.) — Paralysie des dilatateurs de la glotte, par Gordon Holmes. (*Lancet*, 22 octobre.) — Quelques réflexions sur la signification du terme crises laryngées chez les tabétiques, par Masucci. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 1.) — De l'érésipèle primitif du larynx, par Bergmann. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 49.) — Sténose laryngée ayant nécessité la trachéotomie, par Hischmann. (*Bull. Soc. anat.*, p. 172.) — Sténose laryngée traitée par la divulsion, par M. J. Asch. (*New York med. journ.*, p. 460, 22 oct.) — Aiguille restant dix mois dans le larynx, par Vamossy. (*Wien. med. Presse*, n° 52)— Epingle retirée du larynx au bout de deux ans, par S. W. Langmaid. (*New York med. journ.*, p. 712, 24 déc.) — Du tubage du larynx au Boston City Hospital, par W. H. Prescott. (*Boston med. jour.*, 2 juin.) — Tubage du larynx; revue critique, par Charters Symonds. (*Brit. med. j.*, p. 1098, nov.) — Le tubage de la glotte, par Gallet. (*La Clinique*, 17 nov.) — Tubage du larynx, par Mac Naughton. (*New York med. journ.*, p. 624, 4 juin.) — Le tubage du larynx, par Ingals. (*Ibid.*, p. 11, 2 juillet.) — Les principales objections faites au tubage du larynx, par C. E. Sajous. (*Ibid.*, p. 95, 23 juillet.) — De la laryngotomie et de son importance dans le traitement des tumeurs du larynx, par Schuchardt. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 302.) — Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx, asphyxie imminente ; laryngotomie thyroïdienne, par Kœberlé. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er décembre.) — Des indications thérapeutiques du cancer laryngé, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thérap.*, 1er déc.) — Epithélioma laryngien; résection partielle du larynx, par Mollière. (*Lyon méd.*, 25 déc.) — Epithélioma du larynx, par Denucé. Cancer primitif du larynx, par Hontang. (*Bull. Soc. anat.*, p. 375 et 827.) — Six cas de cancer du larynx, par Wagner Clinton. (*New York med. record*, nov., n° 22.) — Cancer du larynx, par H. A. Johnson. (*New York med. journ.*, p. 348, 24 sept.) — Epithélioma de l'épiglotte, par Birch. (*Indian med. gaz.*, mai.) — Caractères histologiques des tissus morbides excisés du larynx du prince impérial, par Rudolf Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 novembre.) — Rapport sur la marche de l'affection laryngée du prince impérial, par Morell Mackenzie. (*Idem*, p. 897.) — Résection partielle du larynx pour un épithéliome; mort, par Rushton Parker. (*Brit. med. journ.*, p. 1099, nov.) — Extirpation du larynx, par W. Gardner. (*Lancet*, 7 mai.) — De l'extirpation du larynx. (*Journ. of laryngology*, déc.)

Lèpre. — Observations faites à la léproserie de la Désirade (Guadeloupe) en oct. 1887. (*Journ. de méd. de Paris*, 25 déc.) — Sur la lèpre; nature, origine et transmissibilité; modes de propagation et de transmission, par Besnier. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 41.) — La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française, par Simond. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Tentatives d'inoculation de la lèpre à des lapins, par J. Wesener. (*München. med. Wochenschr.*, n° 16.) — Bacilles trouvés dans la moelle dans la lèpre anesthésique, par Chassiotis. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 23.) — De la lèpre oculaire et de son traitement par la galvanocaustique, par Secondi. (*Recueil d'ophthalm.*, août.) — Lèpre non tuberculeuse avec asphyxie locale et plaques d'anesthésie, par Beaven Rake. (*Lancet*, 12 novembre.) — Lèpre cutanée, par Tymowski. (*Medycyna*, n° 50, p. 813.) — Examen du larynx et du nez d'un lépreux, par A. Ruault. (*Arch. de laryngol.*, 15 déc.) — Une forme d'ulcération simulant la lèpre, par Rake. (*Lancet*, 23 avril.)

Leucocythémie. — Inhalations d'oxygène dans la leucocythémie, par Pletzer. (*Berl. klin. Woch.*, 19 sept.)

Lèvre. — Contribution clinique à l'étude de l'affection de la lèvre inférieure décrite par Moretti à Recanati dans les pays voisins, par JAJA. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, fasc. IV.)

Lipome. — Lipome intramusculaire du grand pectoral, par H. HARTMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 728.) — Lipome intramusculaire (grand droit antérieur de la cuisse), par LYOT et GAUTIER. (*Ibid.*, p. 384.) — Pseudo-lipome sus-claviculaire, par POUSSON. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 oct.)

Luxation. — Traitement de la luxation de la tête de l'humérus, par W. FAIRBANKS. (*Edinb. med. journ.*, p. 32, juillet.) — Luxation ancienne du coude; néarthrose, par C. WALTHER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 141.) — Luxation isolée du radius en arrière, par LYOT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 875.) — Luxation ancienne du radius en avant, par POIRIER. (*Ibid.*, p. 882.) — Luxation du poignet, par ALEX. PATTERSON. (*Glasgow medical journal*, janvier.) — Luxation complexe du troisième métacarpien sur le grand os, par ERNEST EUSSE. (*Lancet*, 3 décembre.) — Observation de luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange, avec complication de plaie articulaire à la face palmaire, par MABBOUX. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 413-414.) — Note sur la réduction, après arthrotomie et dégagement direct du ligament glénoïdien, d'une luxation du pouce en arrière ayant résisté à toutes les manœuvres de réduction, par RICHON. (*Bull. Soc. de chir.*, p. 409-413.) — Luxation de la première phalange de l'index en arrière, par E. HARRISON. (*Lancet*, 12 novembre.) — Luxation traumatique iliaque ancienne du fémur gauche; résection de la tête du fémur; guérison, par PACÉ. (*Lo Sperimentale*, sept., p. 268.)

Lymphatique. — Sur les lymphatiques des organes génitaux chez la femme, par POIRIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 733.) — Simples ampoules; lymphangite consécutive; septicémie à marche insidieuse; mort, par TRUC. (*Montpellier méd.*, 1er novembre.) — Ampoules; lymphangite consécutive; septicémie; mort, par TRUC. (*Montp. médic.*, p. 409, nov.) — Des badigeonnages de perchlorure de fer dans les lymphangites, par MARLOY. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Des lymphomes du médiastin, par KOESTER. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 décembre.) — Un cas de lymphadénome affectant le larynx, les paupières et les méninges, par CLIFFORD BEALE. (*Lancet*, 15 octobre.)

M

Main. — Une famille atteinte de polydactylie symétrique, par WOLF. (*Berl. klin. Woch.*, 8 août.) — Du doigt à ressort, par A. BUM. (*Wiener med. Presse*, n° 43.) — Doigt à ressort, par KURZ. (*Cent. f. Chir.*, n° 6.) — De l'irréductibilité des phalanges des doigts par la prise en sautoir du tendon fléchisseur, par LOUIS. (*Thèse de Lyon*, n° 394.)—Angiolipome caverneux de la main; opération, par BOUSQUET. (*Bull. Soc. de chir.*, XLI, p. 419.) — Maladie de Dupuytren, paralysie générale, arthritisme, par RÉGIS. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 déc.)—Anatomie pathologique et chirurgie des ongles, par J. L. L. FOLEY. (*Boston med. journ.*, 29 sept.)— Arrachement de la main, par MORDRET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 767.)

Mal de mer. — Résorcine contre le mal de mer, par JUSTUS ANDEER. (*Cent. f. d. med. Woch.*, n° 50.) — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le mal de mer, par REGNAULT. (*Progrès médical*, 10 sept.)

Maladie. — L'origine de quelques maladies, par Hunt. (*Med. news*, 19 nov.)

Maladies prof. — Paralysie du nerf médian dans un cas d'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone, par Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Guide pour la détermination de l'incapacité de travail consécutive aux accidents professionnels, par L. Becker. (*Berlin.*) — Maladies de poitrine chez les ouvriers travaillant le cuivre, par Latimer. (*Lancet*, 4 juin.)

Malformation. — Malformation congénitale des avant-bras et des mains avec atrophie concomitante du biceps et du brachial antérieur, par G.-C. Wilkin. (*Lancet*, 24 déc.) — Deux cas de malformation d'un uretère et d'une vésicule séminale avec remarques sur les artères ombilicales uniques, par Weigert. (*Arch. f. path. Anat.*, CIV, 1, p. 10.) — Malformations multiples chez un nouveau-né; exstrophie de la vessie, atrésie vulvaire, imperforations de l'anus, absence du rein et de l'uretère droit, persistance du canal de Gœrtner, polydactylie, par Boix. (*Bull. Soc. anat.*, p. 507.) — Persistance du canal artériel coïncidant avec un bec-de-lièvre droit et une lobulation multiple du poumon droit, mort par tuberculose pulmonaire, par Nicolle. (*Ibid.*, p. 172.)

Mamelle. — De l'atrophie par inactivité de la mamelle chez la femme, par Altmann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXI, 2, p. 318.)— Tuberculose de la mamelle, par Piskacek. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 613.) — Note sur un cas de myxo-épithéliome du sein, par J. Girode. (*Bull. Soc. anat.*, p. 589.) — Dégénérescence épithéliomateuse des ganglions de l'aisselle dans un cas de tumeur du sein, par A. Mayer. (*Ibid.*, p. 825.) — De l'intervention chirurgicale dans les cancers de la mamelle, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 nov.)—Traitement opératoire du carcinome du sein, par Camail. (*Thèse de Montpellier*, n° 21.)— Du pansement durable et de l'opération du cancer du sein avec évidement de l'aisselle et de la région sous-pectorale, guéri sous un pansement unique, par E. Muller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, avril.)

Massage. — Indication et technique du massage, par Zabludowski. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 sept.) — Sur le massage par David Grant. (*Edinb. med. journ.*, p. 35, juillet.) — Du massage, par Cramer. (*Deuts. med. Woch.*, n° 2.)

Maxillaire. — Sarcome de l'angle de la mâchoire inférieure ou ectopie de la dent de sagesse incluse dans le néoplasme; récidive, par Malfait. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 11 nov.) — Résection de la plus grande partie du maxillaire inférieur; résultats opératoires et fonctionnels, par Gangolphe. (*Lyon médical*, 11 déc.) — Désarticulation de la moitié droite de la mâchoire inférieure dans un cas d'enchondrome, par W. Hamilton. (*New York med. journ.*, p. 400, 8 oct.) — Occlusion des mâchoires par ankylose de l'articulation gauche; résection du condyle; guérison, par Page. (*Brit. med. journ.*, 10 déc.)

Médecine (hist.). — Harvey et la circulation du sang, par Laboulbène. (*Rev. scient.*, 26 nov.)

Médecine légale. — Le secret médical en présence des questions d'assurances par Girard et par Lienhard. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, 15 nov.)— Étude médico-légale sur les accidents de chemin de fer, par Ch. Vibert. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVIII, p. 524, décembre.) — Rapport médico-légal sur un cas de tumeur cérébrale (sarcomes télangiectasiques) consécutif à une

chute, par EDOUARD KAUFMANN. (*Viertelj. f. geritchst. Med.*, XLVIII, p. 91.) — Cas médico-légal de folie précédant immédiatement un accès épileptique, par MENDEL. (*Ibid.*, XLII, p. 291.) — Rapport sur l'état mental d'un individu inculpé d'assassinat et de tentative de meurtre, par MOTET. (épilepsie alcoolique). (*Ann. d'hygiène*, XVII, 445, mai.) — L'automatisme somnambulique devant les tribunaux; prévention de vol, par PAUL GARNIER. (*Ibid.*, XVII, 334, avril.) — Plaie du cœur, rapport médico-légal, par RAIMONDI. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison, par TERRIER. (*Progrès médical*, 17 septembre.) — Homicide volontaire, mélancolie, raptus melancholicus, par TONNINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — De la docimasie gastrique, par TAMASSIA. (*Atti. dell' Istit. venete*, n° 10.) — De la naissance en vie au point de vue médico-légal, par JOHN J. REESE. (*Ann. d'hyg. publ.*, XIX, 58.) — Perte de poids du placenta après son expulsion, examen des taches de sang, de méconium, etc., par BROUARDEL. (*Gaz. des hôpit.*, 22 déc.) — Considérations médico-légales sur les écoulements de liquide provenant de l'utérus, par LEBLOND et BAUXIER. (*Ann. de gynéc.*, déc.) — Opération césarienne, signes de l'accouchement récent, de l'accouchement ancien, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 8 déc.) — La pédérastie entre le chien et l'homme, par MONTALTI. (*Lo Sperimentale*, p. 285, sept.)—Fait de bestialité (entre homme et chien), par X. (d'Orléans). (*Ann. d'hyg. publ.*, XIX, 56.)

Médecine militaire. — Notes hygiéniques pour les troupes italiennes destinées à l'expédition d'Afrique, par MACCHIAVELLI. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 40.) — Manuel de chirurgie d'armée pour les officiers sanitaires suisses, par H. BIRCHER. (*Bâle.*) — L'organisation du service de santé dans l'armée suisse, par H. BIRCHER. (*Bâle.*) — Souvenirs médicaux d'une campagne au Gabon, par BRACHET. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Considérations d'hygiène navale sur le torpilleur, par DAVID. (*Ibid.*, déc.) — Souvenirs médicaux d'une campagne à Madagascar sur la *Naïade*, par AUDIBERT. (*Ibid.*, n° 28.) — Sur le logement des troupes européennes dans les colonies intertropicales, par CASSAGNOU. (*Ibid.*, n° 5.) — La simulation des maladies des membres dans l'armée de mer, par LEFÈVRE. (*Ibid.*, n° 26.) — Présence d'acide paralactique dans l'urine des soldats après des marches pénibles, par COLASANTI et MOSCATELLI. (*Boll. d. Accad. di Roma*, juin.) — Les maladies vénériennes dans l'armée belge de 1868 à 1886, par MŒLLER. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, fév.)

Mélanose. — Sarcome mélanique de la peau, généralisation dans le cerveau et d'autres organes, par BRAMWELL. (*Edinb. med. journ.*, juillet.)—Mélanosarcome cutané, généralisation rapide; mort, par BOULAY. (*Bull. Soc. anat.*, p. 817.)

Méninge. — Etiologie de la méningite cérébro-spinale, par GOLDSCHMIDT. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 22.) — Pachyméningite cervicale hypertrophique, par UNGARO. (*Incurabili*, oct.) — Rapports de la méningite cérébro-spinale avec les ulcères infectieux, par F. WOLFF. (*Deuts. med. Woch.*, p. 1080, n° 50.) — Forme pneumonique de la méningite cérébro-spinale, par R.-W. WILCOX. (*New York med. journ.*, p. 262, 3 sept.) — Méningo-encéphalite spécialement localisée à la zone motrice gauche; attaques épileptiformes, par KLIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 66.) — Sur les névrites radiculaires dans la méningite de la base, par O. KAHLER. (*Prager med. Woch.*, n° 5.) — Note sur la méningite tuberculeuse expérimentale et la durée variable d'incubation de la tuberculose, par G. DAREMBERG. (*Bull. Soc. biol.*, p. 567, 15 oct.) — Sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, en particulier sur les formes anormales et la curabilité, par BOUDON. (*Thèse*

de Montpellier, déc.) — Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par Klippel. (*Bull. Soc. anat.*, p. 488.) — Méningite tuberculeuse terminée par la guérison, par Lugeol. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 déc.) — Un cas d'ostéophytes de l'arachnoïde, par Burton. (*Lancet*, 28 mai.) — Sarcome de la pie-mère avec épilepsie cérébrale, par L. Brieger. (*Berlin. klin. Woc.*, 21 novembre.)

Menstruation. — Cas de menstruation supplémentaire, par J.-W. Stuart. (*Boston med. journ.*, 17 nov.) — Métrorragie au moment de la puberté, par H.-C. Cok. (*New York med. journ.*, p. 238, 27 août.) — Rétention des règles dans l'utérus, vice de conformation des organes génitaux internes et externes, tentative d'évacuation, mort rapide, autopsie, par Jeannel. (*Arch. de tocol.*, 30 oct.) — Anatomie pathologique de la dysménorrhée membraneuse, par Meyer. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er juin.)

Moelle. — De deux faisceaux nerveux spéciaux dans la substance grise de la moelle, par J. Pal. (*Wiener med. Jahrb.*, p. 592.) — Anatomie et physiologie des ganglions spinaux, par J. Gad. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 927.) — Des localisations spinales, par Delmas. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Observations d'affection combinée des cordons postérieurs et latéraux de la moelle, par Borgherini. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 2.) — Des dégénérescences secondaires de la moelle, par Petrone. (*Gaz. d. ospit.*, n° 99.) — Observation de sclérose latérale amyotrophique sans lésion du faisceau pyramidal au niveau des pédoncules, par Marie. (*Arch. de neur.*, mai.) — Maladie des centres nerveux à symptômes anormaux; autopsie; myélite diffuse aiguë atteignant surtout les colonnes de Clarke, par Caw. (*Lancet*, 17 sept.) — Arthropathie spontanée du tendon du triceps fémoral chez un tabétique, par Löwenfeld. (*Münch. med. Woch.*, n° 20.) — Arthropathies des ataxiques, par Babinski. (*Bull. Soc. anat.*, p. 624 et 629.) — Pronostic et traitement du tabes, par Benedikt. (*Wiener med. Presse*, n° 33.)—Etude clinique et anatomique sur la syringomyélite, par Schultze. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 6.) — Paraplégie spasmodique, arthropathie du coude, néphrite suppurée, cystite, perforation de la vessie, syringomyélie, par P. Blocq. (*Bull. Soc. anat.*, p. 83.) — Syringomyélie, par Turner. (*London path. Soc.*, 6 déc.)

Monstre. — Histoire obstétrique des monstres dicéphales; une observation avec dissection, par John Phillips. (*Edinb. med. Journ.*, p. 308, octobre.) — Monstre humain kyphoscoliotique avec spina bifida; éventration et absence des organes génitaux et des membres inférieurs, par M.-M. Myschkin. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, CVIII, H. 1, p. 146.) — Exencéphale ayant vécu 32 heures après l'accouchement, par P. Laumet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 517.) — Le système nerveux central et le squelette vertébral des monstres anencéphales, par Alfred-W: Hughes. (*Lancet*, 17 décembre.)

Mort. — De la mort subite dans les maladies, par Bonnescueille de Lespinois. (*Thèse de Montpellier*, décembre.)

Morve.—Un cas de morve chez l'homme, par Ferraresi et Guarnieri. (*Boll. d. Accad. di Roma*, juin.)

Muscle.—Sur les petits faisceaux neuro-musculaires dans les muscles striés, par Wladimir Roth. (*Centr. f. med. Wiss.*, n° 8,) — Quelques rares variétés de muscles, par Hintersloisser. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 407.) — Anomalies musculaires, par Thomas Dwight. (*Journ. of Anat. and Phys.*, t. XXII, 1.) — Sur le muscle pédieux de la main, par P. Sebileau. (*Bull. soc. Anat.*, p. 852.) — *Idem*, par Poirier. (*Ibid.*, p. 880.) — Recherches

anatomiques sur l'influence des muscles sur la forme de l'œil, spécialement en ce qui touche le développement de la myopie, par STILLING. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, mai.) — Muscles courts du pouce et de l'orteil des singes anthropoïdes, et considérations spéciales sur l'opposant de l'orteil, par JOHN BROOKS. (*Journ. of Anat. and Phys.*, t. XXII.) — Le développement des muscles de la face chez le gorille, par J. DENIKER. (*Bullet. Soc. biolog.*, p. 448, 9 juillet.) — Recherches myographiques sur l'homme, par A. FICK. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XLI, p. 176.) — Influence du muscle et du sang sur le glycogène, par J. SEEGEN. (*Centr. f. med. Wiss.*, p. 356, nº 20.) — Les phénomènes de la vie sous les hautes pressions; la contraction musculaire, par P. REGNARD. (*Bull. Soc. biol.*, p. 265, 20 avril.)— Sur la formation et l'élimination de l'acide lactique et du sucre sous l'influence de l'activité musculaire, par RÖHMANN. (*Breslauer ärzt. Zetsch.*, nº 24, 1886 et *Cent. f. d. med. Wiss.*, nº 27, 1887.)— Sur l'atrophie musculaire progressive liée à l'hypertrophie et sur les processus pathologiques analogues, par FRIED. SCHULTZE. (*Ibid.*, nº 8.) — Contribution à l'étude de la physiologie des muscles, par J. GRUTZNER. (*Breslauer ärztl. Zeitsch.*, nº 1.)—Lésions histologiques des muscles dans la réaction de dégénérescence partielle et dans la diminution de l'excitabilité électrique. par E. GRUBNER. (*Gesellsch. f. Morph. u. Physiol. zu Münch.*, 5 juillet. — *Centr. f. d. med. Wiss.*, nº 50.)— Note sur un cas de spasme des muscles animés par l'hypoglosse, par Ch. FÉRÉ. (*Bull. Soc. biol.*, p. 239, 23 avril.) — Un cas de myosite généralisée aiguë d'origine septique, par HENRY JACKSON. (*Boston med. journ.*, 26 mai.) — Myosite parenchymateuse aiguë donnant lieu à des tumeurs pseudo-fluctuantes, par P. HEPP. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 mai.) — D'une forme de myosite aiguë progressive, simulant la trichinose, par UNVERRICHT. (*Münch. med. Woch.*, nº 26.) — Double altération du muscle triceps crural causée par une arthrite du genou, par KLIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 720.) — Contribution à l'étude des hernies musculaires, par SPATHÈS. (*Thèse de Montpellier*, nº 17.) — Rupture du diaphragme, par KIRSCHEN. (*Wiener med. Presse*, nº 35.)

Myopie. — Sur la myopie scolaire, par JAVAL. (*Bull. Acad. de méd.*, XVIII, nº 40.) — Sur la genèse de la myopie, par VESZELY. (*Wiener med. Woch.*, nº 34.)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème, par PATON. (*Glasgow med. journ.*, p. 425, décembre.)

N

Nerf. — Morphologie du plexus sacré chez l'homme. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXI, 3.) — Variations dans la distribution des nerfs des muscles lombricaux de la main et du pied, avec quelques observations sur l'innervation des fléchisseurs profonds, par JOHN BROOKS. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXI, 4.) — Sympathique des oiseaux, par MARAGE. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Note préliminaire sur le noyau d'origine dans le bulbe rachidien des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, par J. V. LABORDE. (*Bull. Soc. biol.*, 23 avril, p. 240.) — Sur l'origine et le trajet du nerf accessoire de Willis, par DEES. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, p. 453.) — Anastomose du musculo-cutané et du médian; anastomose du médian et du cubital, par F. VILLAR. (*Bull. Soc. anat.*, p. 192.)

— Contribution à l'étude des nerfs de l'accommodation, par Reymond. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janvier-février.) — De la coloration des nerfs, par J. Pal. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 589.) — Effets d'excitation des nerfs et des muscles au moyen de la machine de Stöhrer, par P. Grützner. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, XXXI, p. 256.) — Recherches sur le champ sensible du tact digital, par J. Loeb. (*Ibid.*, p. 107.) — Troubles trophiques dans les membres inférieurs, consécutifs à un traumatisme de la région dorso-lombaire; amputation de la jambe gauche, par V. Wallich. (*Bull. Soc. anat.*, p. 181.) — Altérations des nerfs périphériques dans la phlegmatia alba dolens, par Klippel. (*Bull. Soc. anat.*, p. 457.) — Onze cas de névrite multiple, par G. B. Shattuck. (*Boston med. Jour.*, 1er décembre.) — Cas de névrites multiples, par Ch. F. Folsom. (*Ibid.*, 26 mai.) — Névrite multiple consécutive à la fièvre typhoïde, par Bassi. (*Riv. veneta di sc. med.*, juin.) — Note sur l'albuminurie qui succède aux névrites du nerf vague, par Arthaud et Butte. (*Bull. Soc. biol.*, 3 déc., p. 730.) — Irritation du sciatique; hémorragies interstitielles d'origine névropathique, par Gley et A. Mathieu. (*Bull. Soc. anat.*, p. 533.) — Le massage, le repos et la position du membre dans le traitement de la sciatique, par A. Symons Eccles. (*The Practitioner*, novembre, p. 321.) — Un cas rare de névralgie du nerf honteux externe. Guérison. (*Centrbl. f. d. med. W.*, n° 15.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de la névralgie, par R. Withwill. (*Edinb. medic. Journ.*, p. 513, décembre.) — Étude clinique des névralgies, par Dana. (*N. York med. Journ.*, p. 87, 23 juillet.) — Traitement des névralgies par l'emploi combiné des courants constants et du chloroforme, par Adamkiewicz. (*Berl. klin. Woch.*, 2 mai.) — De l'antipyrine dans le traitement de la sciatique, par Wilson. (*Philad. med. Times*, 15 oct.) — Traitement des névralgies locales par le massage local, par D. Graham. (*Boston med. Jour.*, 15 décembre.) — Obs. d'épilepsie, contracture et névralgie traitées par l'élongation des nerfs, par Galignani. (*Gaz. d. ospit.*, n° 98.) — Exemple de neurofibromes multiples, par W. Schulthess. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 décembre.) — Névromes multiples et névrosarcomes, par F. Hartley. (*New York med. Journ.*, p. 682, 17 déc.) — Névrogliome du ganglion de Gasser, par Hansch. (*Centrbl. f. d. med. W.*, n° 8.) — Un cas de névrome plexiforme des nerfs intercostaux avec molluscum fibrosum et névrofibromes, par Pomorski. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 1, p. 60.) — Neurectomie de la 3e branche du trijumeau au trou ovale, par Sutton. (*Royal med. Soc.*, 13 déc.) — Une observation de suture nerveuse à distance, par Gayraud. (*Thèse Montpellier*, n° 9.) — Suture secondaire de la branche profonde du nerf radial, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 705, décembre.)

Névrose. — La migraine, par Sirius-Pirondi. (*Marseille méd.*, 30 nov.) — Traitement de la céphalée congestive, par W. C. Glasgow. (*New York med. Journ.*, p. 260, 3 sept.) — Des rapports de certaines formes de céphalée avec l'excrétion d'acide urique, par Alexander Haig. (*Brit. med. Journ.*, p. 1162, mai.) — Un cas de la maladie des tics convulsifs, traité et amélioré par la persuasion, par Burot. (*Revue de l'hypnotisme*, nov.) — Deux formes de convulsions rares (1° spasme pendulaire antéro-postérieur; 2° spasme en trille), par Benedict. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.) — Migraine ophtalmique anormale (5 cas de), par Weir Mitchell. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, oct.)

Nez. — Relations des affections du nez et du poumon, par Thost. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 770.) — Les névropathies réflexes d'origine nasale, par Ruault. (*Gaz. des hôp.*, 10 déc.) — Le réflexe nasal pathologique. Etude historique, par J. N. Mackenzie. (*New York med. Journ.*, 20 août,

p. 199.) — Tuberculose ou lupus de la muqueuse nasale? par Bresgen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 663.) — Le catarrhe naso-pharyngien chronique comme cause de neurasthénie, par North. (*Philad. Med. Register*, 14 mai.) — Rhino-bronchite annuelle, par Leflaive. (*Thèse de Paris*, 14 déc.) — Quels cas de catarrhe nasal faut-il traiter chirurgicalement? par Rice. (*N. York med. Journ.*, p. 510, 7 mai.) — De l'ozène, par Williams. (*Liverpool med. Journ.*, juillet.) — De l'ozène, par Hajek. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 nov.) — Traitement du coryza aigu, par Fritsche. (Acide salicylique à l'int. et inhalat. d'acides acétique et phénique.) (*Berl. klin. Woch.*, 4 juillet.) — Traitement de la rhinite atrophique par les courants galvaniques, par D. B. Delavan. (*New York med. Journ.*, p. 458, 22 oct.) — La tréphine nasale et ses avantages, par Curtis. (*Ibid.*, p. 596, 28 mai.) — Une cause fréquente d'hémorragie nasale, par B. Robinson. (*Ibid.*, p. 350, 24 sept.) — Inflammation du sinus frontal, par Reeve. (*Canadian Practit.*, mai.) — Irritations réflexes produites par les déviations de la cloison nasale et l'hypertrophie des cornets, par Smith. (*Texas Courier*, juin.) — Hypertrophie des cornets, par Largeau. (*Poitou méd.*, 1er déc.) — Obstruction nasale, ses effets sur l'œil, l'oreille, le pharynx, etc., par Bucklin. (*N. York med. Times*, mai.) — Malformation congénitale du nez et autres anomalies de la face, par Rawdon. (*Liverpool med. Journ.*, juillet.) — Déviation considérable de la cloison avec sténose complète d'une narine, guérison par l'air comprimé, par Boucher. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 1.) — Irrégularités du système nasal causant le coryza, par Hinkel. (*New York med. Journ.*, p. 378, 1er oct.) — Deux cas d'occlusion congénitale des narines, par W. C. Jarvis. (*Ibid.*, p. 536, 12 nov.) — Quelques modes de traitement de l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne, par Mac Coy. (*Ibid.*, p. 457, 22 oct.) — Étiologie des déviations de la cloison nasale, par D. B. Delavan. (*Ibid.*, p. 539, 12 nov.) — Malformation (corne) de la cloison nasale, opération, procédé de Bosworth, par Ficano. (*Gaz. d. ospit.*, n° 81.) — Sur la nature et le traitement des hypertrophies, et des tumeurs des cavités nasale et pharyngienne, par J. L. W. Thudichum. (*Lancet*, 27 août.) — Crises épileptiformes dues à des polypes des arrière-narines, par Richardson. (*The Asclepiad*, janv.) — Polype en grappe de la fosse nasale droite, faisant saillie dans le naso-pharynx, céphalalgie, douleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive, extirpation par les voies naturelles, guérison, par Jalaguier et Ruault. (*Arch. de laryngol.*, n° 2, 15 déc.) — Obs. de polype muqueux du nez chez l'enfant, par Bond. (*Brit. med. Journ.*, 10 déc.) — Tumeur naso-pharyngienne guérie par l'électrolyse, par R. P. Lincoln. (*New York med. Journ.*, p. 459, 22 oct.) — Fibrome des fosses nasales, par Casselberry. (*Congrès internat. Washington.*) — Traitement des polypes du nez au moyen de l'anse galvano-caustique, par Garel. (*Province méd.*, 29 oct.) — Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Segond. (*France médicale*, 20 décembre.) — Gros calcul de la fosse nasale droite, par Cozzolino. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 1.) — Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide, par Noquet. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) — Opération de rhinoplastie, par Barter. (*Indian med. Gaz.*, fév.) — Opération autoplastique dans un cas de destruction syphilitique du nez, par C. M. Campbell. (*Lancet*, 17 sept.)

Nutrition. — L'élimination du chlore et la nutrition, par Kast. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.) — Valeur nutritive de la glycérine et influence exercée par cette substance sur les décompositions organiques, par Arnschink. (*Zeit. f. Biol.*, XIII, p. 413.) — Des rapports du système nerveux et de la nutrition, par Leven. (*Bull. Soc. biol.*, 19 nov. et 17 déc.)

O

Obésité. — L'emploi du dynamomètre pour apprécier l'augmentation de la force dans la cure de l'obésité, par STERK. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 734.)

Occlusion intestinale. — Obstruction chronique de l'intestin avec absence d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac. Guérison par lavages stomacaux, par GEORG HONIGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 mai.) — Cas d'obstruction intestinale causée par des fèces durcies à la suite de l'ingestion de préparations ferrugineuses, par BENTLIF. (*Brit. med. journ.*, 19 nov.) — Volvulus de l'S iliaque, laparotomie. Mort, par CLELAND LAMMIMAN. (*Brit. med. journ.*, p. 829, octobre.) — Obstruction intestinale, laparotomie, par VILLETTE. (*Bull. méd. du Nord,* oct.) — Un cas d'invagination d'une durée de 24 heures, guérison spontanée. Mort par embolie cérébrale, par JOSEPH BELL. (*Edinb. med. journ.*, p. 239, septembre.) — Occlusion intestinale par arrêt d'un calcul biliaire dans l'iléon, par ALLEN. (*Lancet*, 30 avril.) — Laparotomie dans un cas d'étranglement interne, anus contre nature, entérectomie. Guérison, par C.-J. BOND. (*Lancet*, 9 avril.) — Laparotomie pour invagination. Mort, par W. HAGER. (*Berl. klin. Woch.*, 11 avril.) — Cas obscur d'obstruction intestinale, laparotomie. Guérison, par STONHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 1093, mai.) — Etranglement interne par bride, laparatomie, sphacèle et perforation de l'intestin. Mort, par J. GIRODE. (*Bull. Soc. anat., Paris*, p. 46.) — Symptômes et diagnostic des occlusions intestinales, par FOUGÈRE. (*Thèse de Montpellier*, n° 56.) — Sur un cas d'obstruction intestinale, par J.-F. ANDERSON et TH. SMITH. (*Lancet*, 3 décembre.) — Du diognostic et du traitement de l'obstruction intestinale chronique, par FRED. TREVES, (*Lancet*, 29 octobre.) — De l'occlusion intestinale, par HEUTNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 790.) — Cancer du colon ascendant, obstruction intestinale complétée par un corps étranger. Entérotomie; mort; autopsie, par E. CHEVALIER et PICQUÉ. (*Bull. Soc. anat.*, p. 331 et 836.)

Œdème. — Sur l'œdème général aigu, par BRICK. (*Int. klin. Rundschau*, n° 31.)

Œsophage. — Sur les modifications de la pression respiratoire dans l'œsophage et sur leur valeur dans le diagnostic des fistules broncho-œsophagiennes, par MARTIUS. (*Charité-Annalen*, p. 248.) — De l'ulcère simple de l'œsophage, par BERREZ. (*Gaz. des hôp.*, 31 déc.) — Perforation de l'œsophage par un fragment d'os; infection septique consécutive, par F. BÜTTNER. (*Würtemb. Corresp. Bl.,* n° 39, 1886, et *Centrbl. f. d. Med. W.*, n° 20, 1887.) — Œsophagotomie externe pour corps étranger, par GIOMMI. (*Raccoglitore med.*, déc., n° 16.) — Traitement des rétrécissements de l'œsophage par la sonde à demeure, par RENVERS. (*Zeit. f. klin. med.*, XIII, 6.) — Une sonde à demeure pour l'œsophage, par GERSUZY. (*Wiener. med. Woch.*, n° 43.) — Rétrécissement de l'œsophage, pleurésie par perforation. Mort, par E. KURZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 752.) — Rétrécissement de l'œsophage et tuberculose, par TISSIER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov.) — Carcinome et résection circulaire de l'œsophage, excision du larynx et du corps thyroïde. Guérison, récidive 2 mois après, par ROUX (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 467.) — Epithelioma pavimenteux

de l'œsophage au niveau de la crosse de l'aorte, généralisation au mésentère et au rein gauche, par J. Reboul. (*Bull. Soc. anat.*, p. 345.) — Cancer de l'œsophage s'étendant depuis l'extrémité inférieure du pharynx jusqu'à 2 centimètres du cardia, par M. Laumet. (*Ibid.*, p. 482.)—Cancer de l'œsophage, perforation du tissu pulmonaire sans dégénérescence épithéliale, par J.-D. Savrill. (*Ibid.*, p. 813.) — Œsophagotomie pour l'extraction d'un dentier, par Wright. (*Med. chronicle*, déc.) — Râtelier dans l'œsophage, œsophagotomie. Guérison, par Alsberg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 854.)

Œil. — Notions d'ophtalmologie, par J. Hock. (*Stuttgart.*) — Considérations sur la chirurgie oculaire à la clinique ophtalmologique de Bordeaux, par Bassères. (*Thèse de Bordeaux*, nov.)—Aperçu historique sur l'ophtalmologie à l'école de Montpellier, par Truc. (*Montpellier méd.*, 16 novembre.) — De l'instruction des aveugles, par Galezowski. (*Recueil d'ophtalm.*, sep.) — Du développement phytogénétique de l'organe visuel chez les vertébrés, par J.-P. Nuel. (*Archives de Biologie*, t, VII, fasc. 2.) — Les centres nerveux des muscles de l'œil, par J. Nussbaum. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 487.) — Anatomie de la capsule de Tenon, par Lockwood. (*Ophthalm. Soc. of the Un. kingd.*, août.)— Photographie de l'intérieur de l'œil humain, par Barr. (*The Am. Journ. of ophthalm.*, juillet.) — Contribution à l'étude de la coloration grise circulaire d'origine congénitale siégeant au niveau de la tache jaune, par Magnus. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, oct.) — Comment se comporte l'adaptation normale, par Treitel. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 2.) — L'accommodation binoculaire, par A. Eugen Fick. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 23, p. 713, 1er décembre.) — Contribution à la théorie des lentilles cylindriques, par Holler. (*Arch. f. ophthalm.*, XXXII, 3.)—D'une pulsation anormale du fond de l'œil, par Mittendorf. (*Am. Journ. of ophthal.*, août.)—Anomalies de la papille, par L. da Fonteca. (*Arch. ophtalmotherapico*, n° 2-3.) — Relations étiologiques entre l'amétropie et les maladies des yeux, par Harper. (*The ophthalm. Review*, août.) — Deux cas d'asthénopie accommodative sans hypermétropie, par Colliga-Accordino. (*Bolletino d'oculistica*, p. 5, août.) — De l'une des causes des amétropies stationnaires, par Imbert. (*Annales d'ocul.*, juillet, août.) — Modification de l'ophtalmoscope à réfraction pour se servir des verres cylindriques, par Burnett. (*The Am. Journal of ophthalm.*, août.) — Instrument servant à mesurer la réfraction, la force ou l'insuffisance des muscles droits, par Holden. (*Arch. of ophthalm.*, septemb.) — Influence de la naphtaline sur l'œil, par H. Magnus. (*Therap. Monatsh.*, n° 10, et *Centrbl. f. d. med. W.*, n° 52.) — Des ossifications dans l'œil, par Parisotti. (*Recueil d'ophtal.*, août.) — Contribution clinique à l'étude du scotome annulaire, par Burnett. (*The Am. Journ. of ophth.*, juillet.) — Note sur un cas de cyclopie, par Valude. (*Bull. Soc. anat.*, p. 883.) — Ophtalmie et abcès du rein, par Legry. (*Progrès méd.*, 27 avril.) — Un cas d'ophtalmie métastatique double, pendant la puerpéralité, due à des embolies de streptococcus, par Wagenmann. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 2.) — Etude clinique sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Rivière. (*Ann. de Gynécologie*, juin, juillet, août.) — Pathogénie du pterygion, par Theobald. (*The Am. Journ. of ophthalm.*, août.) — De la genèse de l'hémophtalmie, par Rampoldi. (*Gaz. Ital. Lombard.*, 27 août.) — Névrite optique idiopathique, par Hirschberg. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, nov.) — Du traitement des paralysies oculaires, par Del Vivo. (*Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino*, juin.) — De l'hyperémie dans l'insuffisance musculaire par Lippincott. (*The Americ. Journ. of ophthalm.*, juillet.) — De l'ophtalmoplégie, par Hutchinson. (*The ophthalm. Review.*, août.) — Symptômes nerveux provenant de maladies des yeux.

Leur traitement mécanique et médicinal, par R.-W. Amidon (*Boston med. Journ.*, 24 novembre.) — Un cas de paralysie récurrente des muscles moteurs de l'œil, par O.-F. Wadsworth. (*Ibid.*, 24 novembre.) — Déchirure du sphincter de l'iris et myopie survenues à la suite d'un traumatisme, par Pfalz. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, juin.) — De l'herpès oculaire, par Durruty. (*Recueil d'ophtalm.*, septembre.) — Des maladies parasitaires de l'œil, par V. Zehender. (*Deutsche med. Woch.*, n° 50, p. 1078.) — Sur la transplantation expérimentale de l'œil et sur un cas clinique de réapplication heureuse dans l'orbite d'un globe arraché, par Rampoldi. (*Ann. di ottalm.*, XVI, 2 et 3.) — Observation de tuberculose oculaire, par Secondi. (*Giornale Accad. di med. di Torino*, juin, août.) — Sarcome du nerf optique, par Frothingham. (*The ophthal. Review*, août.) — Sarcome intraoculaire, par Lawford. (*The roy. London oph. hosp. Reports*, XI, 4, p. 400.) — Blessures de l'œil, par Grossmann. (*Wien. med. Presse*, n° 46.) — Les blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale, par Grandclément. (*Broch. Lyon et Arch. de l'anthrop. crim.*) — La lanoline en thérapeutique oculaire, par Williams. (*St-Louis med. and surg. Journal*, III, n° 2.) — Effets de la pilocarpine sur l'œil, par Williams. (*St-Louis med. and surg. Journ.*, III, n° 2.) — De l'emploi des mydriatiques, par Jackson. (*The ophtal. Review*, août.)

Orbite. — Des tumeurs de l'orbite, par Malpas. (*Thèse de Paris*, 8 déc.) — Kyste sébacé de la région orbitaire externe, par Fieuzal. (*Bull. des Quinze-Vingts*, p. 160.) — Ablation successive de deux ostéomes de l'orbite, par Andrews. (*Medical Record.*, 3 septembre.)

Oreille. — Remarques sur la membrane du tympan, par Spear. (*Boston med. Journ.*, 25 août.) — Sur la prétendue insertion externe de la membrane de Corti, par H. Chatellier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 372.) — Analyse de quelques troubles de l'audition aux différents âges de la vie, par Gellé. (*Bull. Soc. biol.*, 5 nov., p. 659.) — Réflexes auriculaires. Conservation du réflexe d'accommodation biauriculaire dans un cas d'hémianesthésie de la peau et des sens, par Gellé. (*Bull. Soc. biol.*, 18 juin, p. 395.) — De l'otologie, par Coustoux. (*Gaz. des hôp.*, 20 oct.) — L'otite de la rougeole, par Hermet. (*Bull. méd.*, 27 nov.) — Un cas d'otite tuberculeuse (présence du bacille), par Cardone. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 209.) — Otite double catarrhale aiguë, encéphalo-méningite. Mort, par Th. Heiman. (*Monats. für Ohrenh.*, n° 9.) — De l'otite moyenne purulente aiguë, par Politzer. (*Rev. de clin. et thérap.*, 1er sept.) — Hyperpyrexie persistante chez un enfant, sous la dépendance d'une otite moyenne suppurée, par William. H. Day. (*Lancet*, 10 décembre.) — Trépanation pour une ostéite de l'apophyse mastoïde suite d'otorrhée, par Wheeler et Fitzgibbon. (*Dublin journ. of med. sc.*, mai.) — Otite moyenne suppurée, perforation de l'apophyse mastoïde, trépanation et exploration du lobe temporo-sphénoïdal, par J. Black. (*Brit. med. journ.*, 18 juillet.) — Syncope alarmante à la suite d'une injection d'eau boriquée dans l'oreille, par F. Middleman Hunt. (*Lancet*, 15 octobre.) — Traitement de l'otorrhée par la poudre d'acide borique, par Stocke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49, p. 1062.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Williams, 14 mai.) — Du traitement de l'otorrhée, par Colladon. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 653, novembre.) — Pathogénie de l'otite scléreuse et de l'ankylose de l'étrier, par Gradenigo (*Riv. veneta di sc. med.*, oct.) — Les effets de la pression atmosphérique élevée sur l'oreille, par Sexton. (*N. York med. Record*, n° 24, déc.) — Des otites internes aiguës bilatérales, par Gradenigo. (*Riv. venet. di sc. med.*, oct.) — Lésions du labyrinthe auriculaire (coagulation de la lymphe et throm-

boses vasculaires) dans la rougeole, par Moos. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 décembre.) — Diphtérie de l'oreille, par Barclay. (*Weeckly med. Rev.*, 12 nov.) — De la photoxyline comme moyen d'occlusion persistante des perforations tympaniques, par Guranowski. (*Monatsschrift für Ohrenh.*, n° 10, p. 273.) — De l'othématome, par Hoffmann. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — 21 cas de lésions traumatiques de l'oreille, par G. Bacon. (*New York med. Journ.*, p. 513, 7 mai.)

Oreillon. — Des péricardites secondaires, péricardite ourlienne, par Notaris. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Note sur trois épidémies d'oreillons, observées à Commentry, par Paul Fabre. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 octobre.) — Essai sur le pseudo-rhumatisme ourlien, par Gachon. (*Thèse de Montpellier*, n° 48.)

Orthopédie. — L'emploi de l'emplâtre adhésif en orthopédie, par Judson. (*N. York med. Journ.*, 4 juin.)

Os. — Variabilité de la structure humaine dans les différentes races, spécialement au point de vue du squelette, par W. Turner (*Journ. of Anat. and physiol.*, vol. XXI, 3.) — Les os de la jambe considérés comme un seul appareil, par Th. Dwight. (*Boston med. Journ.*, 22 décembre.) — Absence de l'os occipital chez les nouveau-nés, par W.-C. Brown. (*Lancet*, 3 décembre.) — Sur la présence d'un os pleural chez les cobayes, par A. de Souza. (*Bull. Soc. biol.*, 19 nov., p. 675.) — Pièce osseuse développée dans le ligament conoïde (coraco-claviculaire), par P. Poirier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 298.) — Os acromial, par P. Poirier. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 881.) — Fragilité des os, obs. de fractures (32 fract.) chez divers membres d'une même famille, par de Forest Willard. (*Med. News*, 24 déc.) — Note sur un cas d'ostéomyélite aiguë intra-articulaire du col du fémur, arthrite purulente consécutive de la hanche, pyohémie, par Coudray. (*Bull. Soc. anat.*, p. 284.) — Disjonction des épiphyses du second métatarsien, par James Mason. (*Lancet*, 24 septembre.) — Ostéomyélite et périostite infectieuse secondaire, par E. Albert. (*Wien. med. Presse*, n° 52.) — Ostéomyélite aiguë de l'adolescence; endo-péricardite, par A. Broca. (*Bull. de la Soc. an. de Paris*, p. 293.) — Un cas d'ostéomyélite prolongée du fémur droit séquestre invaginé, par Forgue (*Gaz. des sc. méd. Montpellier*, n° 53.) — Ablation du corps du tibia, reproduction de l'os aux dépens du périoste, par Abner Post. (*Boston med. Journ.*, 24 novembre.) — Ostéomyélite suraiguë, par Kohts. (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, p. 949.) — De l'ostéomyélite des os du tarse, par Pagello. (*Riv. venet. di sc. med.*, sept.) — Ostéomyélite traumatique suppurative de l'humérus, trépanation dès le début. Guérison, par Jones. (*Lancet*, 23 avril.) — De l'ostéomyélite des os du crâne, par Jaymes. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Carie de la rotule consécutive à une fracture et suture des fragments, par G. Fowler (*Journ. of Americ. med. assoc.*, 28 mai.) — Du spina ventosa, de l'onyxis strumeux et de leur traitement, par de Saint-Germain. (*Bullet. méd.*, 4 déc.) — Esquille fémorale ayant traversé les masses musculaires de la cuisse, par Boulay. (*Bull. Soc. anat.*, p. 711.) — Contribution à l'ostéotomie, cal vicieux de la malléole interne, résection cunéiforme, redressement. Guérison, par Camille Moreau. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mars.) — Ostéome de l'ethmoïde, par Sprengel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXV, 1.) — Ostéome du sinus frontal, par Lucas-Championnière. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 807-808.) — Etude sur l'épithélioma des os, anatomie pathologique, par Auché. (*Thèse de Bordeaux*, nov.)

Ovaire. — Ovarite et salpingite suppurées, laparotomie, ablation des parties malades. Guérison, par Routier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 547.) — Les pessaires dans le traitement des maladies des ovaires et des trompes,

par S.-E. Post. (*New York med. Journ.*, p. 341, 24 sept.) — Papillome de l'ovaire avec papillome secondaire du péritoine, par Mundé. (*N. York obst. soc.*, 4 oct.) — Kyste dermoïde de l'ovaire avec formations ressemblant à des yeux, par P. Baumgarten. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 3, p. 515) avec addition (CVIII, H. 1, p. 216.) — Mamelle dans une tumeur de l'ovaire, par Desiderius von Velits. (*Ibid.*, CVII, H. 3, p. 505.) — 1° Double sarcome ovarique (à gauche, intra-ligamenteux). 2° Myxo-sarcome de l'ovaire, par Monprofit. (*Bull. Soc. an.*, p. 606 et 673.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Une poche à structure et à conduit dermoïde, par Valat. (*Ibid.*, p. 454.) — Epithélioma myxoïde des ovaires avec généralisation au péritoine et à la paroi abdominale, par Hontang (*Ibid.*, p. 369.) — Etude anatomo-pathologique des tumeurs kystiques de l'ovaire, par Küster. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Statistique de 15 cas d'ovariotomie, par E. Burton. (*Brit. med. Journ.*, p. 773, oct.) — Trois cas de grossesse avec tumeurs de l'ovaire, ovariotomie. Guérison, par Mundé. (*New York med. Journ.*, 6 août.) — Ovariotomie pendant la grossesse, par Barsony. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 9.) — Kyste de l'ovaire, torsion du pédicule, par Valat et Reboul. (*Bull. de la Soc. an. Paris*, p. 93.) — Tumeur de l'ovaire consécutive à un traumatisme : opération. Guérison, par James Wilson. (*Lancet*, 28 mai.) — Rupture d'un kyste ovarique, ovariotomie. Guérison, par Schmid. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 48.) — Kyste de l'ovaire droit, sarcome du côlon transverse, ovariotomie, résection du sarcome. Mort 22 mois après l'opération, par Terrier. (*Union médicale*, 15 septembre.) — Kyste de l'ovaire, grossesse, ovariotomie, par Bouteillier. (*Progrès médical*, 15 octobre.) — Kyste cliniquement uniloculaire de l'ovaire gauche, ovariotomie, par Terrier. (*Union médicale*, 19 novembre.) — Ovariotomie pratiquée pour la 3e fois avec succès chez la même malade, par Mundé. (*N. York Obst. Soc.*, 4 oct.) — Folie et ovariotomie, par Leszynsky. (*N. York med. Journ.*, p. 707, 25 juin.) — Un cas d'ovariotomie, suivie d'hémorragie secondaire intra-péritonéale, réouverture de l'abdomen. Guérison, par Freeman. (*Lancet*, 4 juin.) — Kyste de l'ovaire, ovariotomie, par Gilis. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 52.) — La ménopause prématurée par la castration ovarienne,, contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins, par Pascal. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Cas d'hystéro-épilepsie traitée avec succès par l'ablation des ovaires et des trompes utérines malades, par Lawson Tait. (*Lancet*, 17 décembre.)

P

Palais. — Uranoplastie et staphylorraphie chez les enfants en bas âge, par Wolff. (*XVIe Cong. des chir. allem.*) — Sarcome de la voûte palatine, par Mac Lead. (*Indian med. Gaz.*, juin.)

Paludisme. — La malaria dans la terre de l'Empereur-Guillaume. (Nouv.-Guinée), par Shellong. (*Deut. med. Woch.*, n° 23.) — Des hématozoaires du paludisme, par A. Laveran. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.) — Influence du paludisme sur quelques organes glandulaires, par Castellau. (*Thèse Montpellier*, n° 63.) — Sur l'orchite d'origine paludique, par Magnani. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 42.) — Des hémorragies paludéennes, par Otis F. Manson. (*Transactions of the Med. Soc. of Virginia*, 1886.) — Des injections intramusculaires de quinine dans les cas rebelles de paludisme, par Putawski. (*Wratch.*, n° 36.)

Pancréas. — Etude du pancréas, par Assmann. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 2, p. 269.) — Des altérations du pancréas consécutives à la ligature du canal de Wirsung, par Vassali. (*La Rassegna di sc. med.*, oct.) — Un cas d'inflammation chronique du pancréas ayant présenté tous les symptômes d'une maladie maligne, par E. L. Call. (*Boston med. Journ.*, 15 décembre.) — Cancer du duodénum au niveau de l'ampoule de Vater; cancer de la tête du pancréas, par A. Martha. (*Bull. Soc. anat.*, p. 280.) — Obstruction des voies biliaires. Dilatation énorme de la vésicule, cancer primitif du pancréas, pleurésie alvéolaire, par Moutard-Martin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 342.) — Cancer primitif de la tête du pancréas, compression du canal cholédoque, par H. Méry. (*Ibid.*, p. 713.) — Kyste du pancréas traité avec succès par l'incision et le drainage. Plus tard, mort due au diabète, par W. T. Bull. (*New York med. Journ.*, p. 376, 1er oct.) — Cancer du pancréas déterminant de l'obstruction intestinale; colotomie; mort; autopsie, par Marcus Beck. (*Lancet*, 10 juillet.) — Cancer du pancréas ayant envahi les ganglions semi-lunaires, sans symptômes appréciables, par Hale White. (*Brit. med. Journ.*, p. 885, oct.)

Pansement. — Drainage aspirateur pour les cavités purulentes, par Subbotin. (*Cent. f. Chir.*, n° 6.) — Solution acide de sublimé comme agent de désinfection. Son emploi dans les pansements, par Laplace. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 866.) — Sur la préparation des solutions de sublimé, par Augerer. (*Cent. f. Chir.*, n° 7.) — Sur la conservation des solutions de sublimé, par Meyer. (*Ibid.*, n° 24.) — Accidents imputables au pansement à l'iodoforme, par Wallich. (*Union méd.*, 15 oct.) — De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau servant au pansement des plaies, par L. Tripier. (*Lyon méd.*, 11 déc.)

Paralysie. — Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique au premier degré, ou névrite multiple; guérison, par Fawsitt. (*Lancet*, 15 octobre.) — Un cas de paralysie faciale hystérique, par G. Huet. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 888.) — Paralysie atrophique de l'enfance, par Parmentier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 288.) — Paralysie infantile limitée aux noyaux bulbaires, avec paralysie permanente de la moitié de la face et de la langue, par W. Pasteur. (*Lancet*, 29 octobre.)

Paralysie générale. — Cas de paralysie générale hypocondriaque avec attaques hystériformes, par Chambard. (*Ann. méd. psych.*, sept., p. 276.) — Paralysie générale. Alcoolisme chronique; Troubles tabétiques; paralysie générale confirmée; lésions de dénutrition, par Bonnet. (*Arch. de neurol.*, juillet.) — Aphasie, cécité verbale chez un paralytique général, par Knecht. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 809.)

Parotide. — Tumeur mixte de la parotide, par A. Pilliet. (*Bull. soc. Anat.*, p. 540.)

Paupière. — Blépharoptose double, par Gayet. (*Province méd.*, 10 déc.) — De la blépharoptose centrale, par Lemoine. (*Revue de médecine*, juillet.) — Traitement de l'entropion par le thermo-cautère, par Dehenne. (*Union médicale*, 22 octobre.) — Opération pour l'entropion de la paupière inférieure, par Noyes. (*The Am. Journal of ophthalm.*, août.) — Contribution à l'opération du trichiasis, par Burchhardt. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, octobre.) — Tumeur variqueuse de la paupière supérieure guérie par la cautérisation ignée, par Lemoine. (*Recueil d'ophtalm.*, juillet.)

Peau. — Sensibilité de la peau aux diverses pressions, par Stanley Hall et Motors. (*Americ. Journ. of psychol.*, nov.) — De l'excrétion aqueuse par

la peau sous l'influence de l'alcool, par Bodlaender. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 5.) — La dermatologie dans ses rapports avec la médecine générale, par P. G. Unna. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 et 26 décembre.) — Des maladies de peau chez les animaux domestiques, par G. Muller. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, III, n° 23.) — Quelques observations de maladies de la peau, par Spadaro. (*Rivista clinica di Bologna*, août, p. 570.) — Un cas de dermatolysis généralisée, par Dubreuilh. (*Ann. de derm.*, fasc. 8-9.) — La séborrhée, par Gamberini. (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, fasc. V.) — Les avantages de l'emplâtre salicylé dans la pratique dermatologique et chirurgicale, par H. G. Klotz. (*Deut. med. Woch.*, 318, 17 sept.)

Pellagre. — Bibliographie de la pellagre, par Salveraglio. (*Giorn. della soc. it. d'igiene*, n° 12.) — De la pellagre, par Musser. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 79.) — Troubles nerveux de la pellagre, par Tuczeck. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 décembre.)

Pemphigus. — Contribution au pemphigus chronique, par Dahnhardt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 711.) — Cas de pemphigus se répétant pendant quatre accouchements successifs, par Octave Croft. (*Lancet*, 20 octobre.)

Périnée. — Périnéorraphie primitive, par Mac Ardle. (*Americ. Journ. of obst.*, nov.) — Des opérations plastiques sur le périnée, par J. Veit. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 825.) — Palmure périnéo-crurale congénitale, par Broca. (*Bull. Soc. anat.*, p. 188.) — Nouveau procédé de périnéorraphie, par Poucel. (*Marseille méd.*, déc.)

Péritoine. — Recherches sur les corpuscules de Pacini dans le mésentère du chat, par S. Fubini. (*Centrabl. f. d. m. W.*, n° 49.) — Etude clinique et expérimentale sur la rupture du péritoine gastro-intestinal, par Courtade. (*Union médicale*, 29 octobre.) — Résultats de l'insertion, dans la cavité péritonéale, de fragments de foie, de ganglions lymphatiques et de capsules surrénales, par Cecchini et Marchio. (*La Rassegna*, oct.) — Un cas d'épanchement chyliforme du péritoine (dans la tuberculose), par Louis Secrétan. (*Revue médic. Suisse romande,* VII, 633, novembre.) — Adhérences intestinales suite de péritonite simulant une tumeur fibreuse, par Price. (*Philad. obst. Soc.*, 6 oct.) — Recherches sur l'étiologie de la péritonite aiguë, par Pawlowsky. (*Cent. f. Chir.*, n° 48.) — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par Bruen. (*Philad. county med. soc.*, 26 nov.)

Pharmacologie. — Traité de matière médicale et de posologie, de Cloetta, 4e édition, par W. Filehne. (*Friburg en Brisgau.*) — Action physiologique du bromhydrate d'homatropine, par de Schweinitz et Hare. Confirmation des recherches de Ringer. (*Med. News*, 24 déc.) — Analyse de l'action physiologique de la cocaïne, par Laffont. (*Acad. des sc.*, 19 déc.) — Contribution à l'étude de la solanine, par Fosse. (*Thèse Montpellier*, n° 3.) — Sur l'action excitante de l'atropine (son antagonisme avec la morphine), par C. Binz. (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd., 41, Heft., 1-2, p. 174.) — Du sulfate de spartéine, par Hiero Stoessel. (*Centr. f. d. ges Therapie.*, p. 163.) — La vératrine contre les moisissures, par A. Paltauf. (*Wien. med. Jahrb.*, n° 609.) — Quelques observations sur les effets de l'acétophénitidine, par Mays. (*Med. News*, 20 août.) — Sur l'action de l'acétophénitidine, par O. Himsberg et A. Kast. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 9.) — Sur l'origine de la triméthylamine dans le seigle ergoté, par Brieger. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XI, p. 184.) — De la saccharine, par Paresi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 98.) — Sur la saccharine, par Fournie. (*Lyon méd.*, 18 déc.) — Accès fébriles causés par l'antipyrine, par Bernouilli. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*,

15 juin.) — Antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales, par Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 décembre.) — Note sur l'action de l'antipyrine sur l'utérus, par Laget. (*Marseille méd.*, 30 déc.) — Etude sur l'acétanilide, par Abel Signé. (*Thèse Montpellier*, n° 18.) — Etude pharmaco-dynamique sur l'antifébrine, par Bokai. (*Pester med. chir. Presse*, n° 23.) — Etude sur la thalline, par Armynot du Chatelet. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Sur les propriétés narcotiques des hydrocarbures gras introduits dans la molécule, par Baldi. (*Lo sperimentale*, p. 302.) — Du bétol, par H. Sahli. (*Therap. Monatsch.*, p. 212.) — Le salol remplaçant l'iodoforme, par Baaz. (*Wien. med. Presse*, n° 34.) — Salol et bétol, par Névinny. (*Wien. med. Presse*, n° 30.) — Recherches sur le salol, par L. Feilchenberg. (*Therap. Monatsheft*, p. 52.) — Nouveau procédé de préparation de la pepsine pour l'usage pharmaceutique, par Chandelon. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, janv.) — De l'hypnone, par O. Seifert. (*Münch. med. Woch.*, p. 349.) — L'iodoforme considéré comme antiseptique, par Perroncito. (*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, mars-avril.) — L'action antiseptique de l'iodoforme, par Schnirer. (*Wien. med. Presse*, n° 36.) — L'iodoforme a-t-il une action antituberculeuse? par Rovsing. (*Fortsch. d. Med.*, n° 9.) — Déodorisation de l'iodoforme, iodoforme cocaïné, par Cantulle. (*Bull. de thérap.*, novembre.) — L'iodol succédané de l'iodoforme, par Woltering. (*Monats. für Ohrenheil.*, n° 9, p. 258.) — De l'action diurétique des préparations mercurielles, par W. Bieganski. (*Gaz. lekarska*, n°s 18-21, et *Centr. f. klin. Med.*, p. 847.) — Le phosphore et son assimilation, par Soltmann. (*Breslauer ärztl. Zeitschr.*, n° 6.)— Des accidents cutanés produits par le bromure de potassium, par Grellety. (*Broch. Mâcon.*) — Sur l'absorption des préparations de cuivre, par E. Dubois. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet.)— L'action physiologique de l'essence de térébenthine, par Dare. (*Med. News*, 19 nov.)

Pharynx. — Localisation des impressions dans les organes de la gorge, par Schadewaldt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 709.) — La question de la bourse pharyngée, par Tornwaldt. (*Ibid.*, n° 48, p. 1042.) — Troubles de la sensibilité de la gorge, par F. J. Hight. (*New York med. Journ.*, p. 241, 27 août.) — Causes constitutionnelles des affections de la gorge, par S. W. Langmaid. (*Ibid.*, p. 703, déc.) — Myalgie du pharynx et du larynx, par S. H. Chapman. (*Ibid.*, p. 227, 27 août.) — Dénudation des faisceaux antérieurs de la moelle consécutive à une ulcération syphilitique de la partie supérieure du pharynx, troubles médullaires, guérison, par Hobbs. (*Ann. des mal. de l'oreille*, oct.) — Hypertrophie des glandes et du tissu connectif des parois latérales du pharynx, par C. C. Rice. (*New York med. Journ.*, p. 321, 17 sept.) — Des polypes pileux de la cavité bucco-pharyngienne de leurs rapports avec les tératomes, par Arnold. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 1, p. 176.)

Physiologie. — Les travaux de Paul Bert, par Dastre. (*Rev. scientif.*, 17 déc.) — La chaire de physiologie de la Sorbonne, par Dastre. (*Rev. scientif.*, 10 déc.)

Pied. — De la cure radicale de l'ongle incarné, par Cotting. (*Boston med. journ.*, 7 avril.) — Orteil en marteau, résection de l'articulation de la 1re et de la 2e phalanges, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 6 oct.) — Influence du pied bot sur le squelette du tronc, par Meyer. (*Berl. klin. Woch.*, 24 oct.) — Des opérations secondaires à pratiquer dans le traitement du pied bot, tarsotomie, par de Saint-Germain. (*Rev. de clin. et thérap.*, 29 déc.) — Traitement du pied bot par l'incision, par Shaffer. (*New York med.*

Journ., p. 733, 31 déc.) — Pied bot paralytique, par CHAPUT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 872.) — Pied bot varus équin consécutif à une paralysie infantile, par CHAPUT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 834.) — Du pied équin varus congénital, par C. L. SCUDDER. (*Boston med. Journ.*, 27 octobre.) — Pied bot varus, pied creux enroulé chez un garçon de 15 ans. Aponévrotomie. Appareil. Rétablissement de la forme du pied, par TRÉLAT. (*Bull. soc. Chir.*, XIII, p. 324-328.)

Pigment. — Etude sur le pigment pathologique, par NEUMANN. (*Arch. f. path. Anat.*, XI, 1, p. 25.) — Sur le développement du pigment dans l'épiderme, par KÖLLIKER. (*Zeitschr. f. Wissenschaft. Zoologie*, XLV, p. 713, et *Centralb. f. d. med. W.*, n° 48.)

Placenta. — Placenta prævia central, par HAMILL. (*Philadelphia obst. soc.*, 1er sept.) — Traitement de l'insertion vicieuse du placenta, par ANDERLÉDY. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 741, décembre.) — Tamponnement dans le placenta prævia, par AHLFELD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 725.)

Plèvre. — La pleurésie, par S. S. BURT. (*N. York med. Journ.*, p. 459, 23 avril.) — De la sensation de flot dans les épanchements pleuraux, par MOUISSET. (*Thèse de Lyon*, n° 389.) — Sur les épanchements pleuraux et sur la valeur diagnostique des épanchements hémorragiques, par R. MOUTARD-MARTIN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 153.) — De la tuberculose pulmonaire comme suite d'une pleurésie simple avec épanchement, par H. J. VICKERY. (*Boston med. Journ.*, 1er décembre.) — Sur un cas d'empyème, par ANDRÉ DUNLOP. (*Lancet*, 10 septembre.) — Pleurésies chroniques avec épaississement considérable de la plèvre produisant des troubles circulatoires secondaires qui peuvent amener la mort, par GUINON. (*Bull. Soc. anat.*, p. 701.) — De la pleurésie purulente à pneumocoque sans pneumonie, par NETTER. (*Ibid.*, p. 547.) — Pleurésie purulente ; empyème; carcinome du corps de l'utérus avec envahissement secondaire du poumon chez une femme de 27 ans, par A. KLUMPKE. (*Ibid.*, p. 757.) — Pleurésie purulente, thoracentèse, pleurotomie, récidive, résection costale, guérison, par MONTEGNACCO. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 80.) — Empyème consécutif à une plaie par coup de couteau de la plèvre, guérison après résection d'une portion de côt., par WYETH. (*N. York surg. soc.*, 26 oct.) — Thoracentèse ; empyème ; opération d'Estländer : quelques considérations sur ces trois opérations, par VAN WEDDINGEN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, juillet.) — Tumeur maligne costo-pleurale ; résection de la plèvre et de deux côtes; guérison par première intention, par L. DESGUIN. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, mai.) — Traitement chirurgical du pyothorax, par EM. ROCHELT. (*Wien. med. Presse*, n° 32.) — Sarcome primitif de la plèvre, par F. REGNAULT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 528.) — Tumeur du médiastin; pleurésie séreuse symptomatique (sarcome fasciculé à grandes cellules), par POLGUÈRE. (*Ibid.*, p. 135.)

Poids. — Expériences sur le poids des animaux, par RICHET. (*Arch. de physiol.*, 15 nov.)

Poils. — Electrolyse pour l'ablation des poils du nez, du menton, etc., par STARTIN. (*Lancet*, 20 nov. 1886.)

Poumon. — Perfectionnement du procédé de mesure du volume des poumons par l'hydrogène, par GRÉHANT. (*Bull. Soc. biol.*, 23 avril, p. 242.) — Démonstration de la puissance toxique des exhalaisons pulmonaires provenant de l'homme et du chien, par BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL. (*Bull. Soc. biol.*, 24 déc., p. 814.) — Poumon droit bilobé avec languette surnu-

méraire au niveau du sommet. Trajet anormal de la grande veine azygos, par SPERINO. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, juin-juillet-août.) — Influence de l'expiration dans l'air raréfié sur l'élimination de l'acide carbonique dans l'emphysème pulmonaire, par G. RANDAZZO. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 12.) — Etiologie de la pneumonie contagieuse des porcs, par CORNIL et CHANTEMESSE. (*Acad. des sc.*, 19 déc.) — Epidémie de pneumonie, par W. LONDON STRAIN. (*Glasgow med. Journ.*, p. 321.) — La pneumonie est-elle une fièvre spécifique aiguë? par M'GUIRE. (*Med. Standard*, II, p. 166.) — Quelques points de la doctrine actuelle de la pneumonie, par BOHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 886). — De la pneumonie, par DE RENZI. (*La Riforma med.*, 25 nov.) — Etiologie de la pneumonie aiguë primitive fibrineuse, par W. WOLF. (*Wien. med. Presse*, n° 52.) — Etiologie de la pneumonie, par H. B. BAKER. (*New York med. Journ.*, p. 423, 15 oct.) — Des pyrexies pneumoniques (pneumotyphoïde et pneumopaludéenne), par DUBOIS. (*Thèse Montpellier*, n° 31.) — Modifications du caractère des maladies inflammatoires (pneumonie notamment) dans le cours de ce siècle, par DEUTSCHBEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.) — Arthrite et périarthrite suppurées au décours d'une pneumonie, par PICCHINI. (*L'Atenéo med. Parmense*, n° 4.) — Indications de la quinine dans la pneumonie, par JACOBI. (*N. York med. Journ.*, p. 590, 28 mai.) — Gaz oxygène et noix vomique dans le traitement de la pneumonie, par HOLTZAPPLE. (*Ibid.*, p. 264, 3 sept.) — De la dépression cardiaque dans les congestions pulmonaires, par THOROWGOOD. (*London med. soc.*, 5 déc.) — Pathologie de l'œdème pulmonaire, par SAHLI. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 5.) — Cas de gangrène diffuse du poumon droit à la suite d'une pyorrhée alvéolaire, par STEDMAN. (*Boston med. Journ.*, 14 mai.) — Rupture traumatique du poumon et de la rate, par J. REBOUL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 757.) — Etiologie d'un abcès du poumon, par TERRAY. (*Wien. med. Presse*, n° 37.) — Observation de pneumotomie pratiquée pour une large excavation pulmonaire, par THIRIAR. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, déc.) — Leçon sur le pneumothorax, par SAMUEL WEST. (*Brit. med. journ.*, p. 393, août.)

Prostate. — Sur la régénération du tissu prostatique, par DROGOUL. (*Giornale della R. Accademia di Med. di Torino*, mai.) — La sonde galvanocaustique dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par R. NEUMANN. (*Brit. med. journ.*, p. 708, octobre.) — Diagnostic de l'hypertrophie de la prostate. Son traitement, par BOLTON BANGS. (*New York med. Journ.*, p. 533, 14 mai.) — Hypertrophie de la prostate et vessie à cellules, par POUSSON. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 novembre.) — Rétrécissement du rectum consécutif à un abcès de la prostate, par KIRMISSON. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 décembre.) — Enorme prostate, calculs vésicaux libres et enkystés, urine émise pendant des années au moyen d'une sonde, et depuis un an et demi sans sonde, par un tube sus-pubien. Santé générale excellente, par H. THOMPSON. (*Brit. med. j.*, p. 1103, nov.) — Cancer de la prostate, par BRUNNER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 déc.) — Carcinome prostato-pelvien, par F. ROLLIN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 168.) — Carcinose prostato-pelvienne diffuse, par GUYON. (*Semaine méd.*, 18 déc.) — Colotomie dans le cas de cancer de la prostate, par HARRY FENWICK. (*Brit. med. journ.*, p. 873, octobre.) — Danger de la temporisation dans les désordres prostatiques, par R. D. WEBB. (*New York med. Journ.*, p. 706, 24 déc.)

Psoriasis. — Le psoriasis bucco-lingual, par COZZOLINO. (*Congrès de Pavie*. 20 sept.) — Leucoplasie buccale, guérison, par W. C. GLASGOW. (*New York med. Journ.*, p. 461, 22 oct.) — Transmissibilité du psoriasis au lapin, par TOMMASOLI. (*Gazz. degli Ospit.*, VII, n°s 43-44.) — Traitement

mécanique du psoriasis buccal syphilitique, par Horovitz. (*Wien. med. Presse*, n° 42.)

Psychose. — Des formes initiales des psychoses, par O. Muller. (*Berlin klin. Woch.*, 5 décembre.) — Représentation graphique de l'évolution des psychoses, par Arndt. (*Ibid.*, 5 décembre.) — Troubles trophiques de cause psychique, par R. Arndt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 747.) — L'état du cœur dans les psychoses paralytiques, par Marro et Conti. (*Giornale della R. Accad. di Med. di Torino*, juin-juillet-août.) — Un cas d'agoraphobie, par A. N. Blodgett. (*Boston med. Journ.*, 27 octobre.) — Psychose liée à une néphrite, par Wille. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin.) — Hallucination dans l'état de crédulité, par Reymond. (*Arch. di psichiat.*, VIII, n° 4.) — Note sur un cas d'hématophobie, par Ch. Féré. (*Bull. soc. biol.*, 18 juin, p. 390.)

Puerpéral (Etat). — Étiologie de l'infection puerpérale, par Pane. (*Riv. clin. e terap.*, juillet.) — Des causes de la fièvre puerpérale : influence des conditions météorologiques, par Robert Barnes. (*Brit. med. Journ.*, p. 1036, nov.) — De la septicémie puerpérale : ses causes et les moyens à employer pour la prévenir, par J. Anderson Robertson. (*Glasgow med. Journal*, décembre, p. 429.) — Moyens préventifs de la fièvre puerpérale, par Playfair. (*Brit. med. Journ.*, p. 1034, nov. 1887.) — Prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Playfair, Barnes, Byers, Mac Madden, etc. (*Brit. med. Journ.*, p. 1034-1045, nov.) — Traitement des convulsions puerpérales, par W. B. Chase. (*New York med. Journ.*, p. 709, 24 déc.) — Des injections intra-utérines dans la fièvre puerpérale, par Apolant. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 3, p. 451.)

Purpura. — Le purpura infectieux essentiel, par Gemme. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 102.) — Un cas de purpura rhumatismal, par Macdonald. (*Lancet*, 16 avril.)

Q

Quinine. — Action de la quinine sur les tissus contractiles, par R. B. Wild. (*Brit. med. Journ.*, p. 500, sept.)

R

Rachis. — Description de deux colonnes vertébrales avec côtes cervicales ; sur l'une d'elles, il y avait une vertèbre en moins, et absence de l'arc antérieur de l'atlas, par Thomas Dwight. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXI, 4.) — Étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par Buzzi. (*Arch. f. pathol. Anat.*, IX, 1.) — Du traitement de la scoliose par la méthode de Sayre, résultats éloignés, par Montaz. (*Gaz. des hôp.*, 3 déc.) — Rejet par les voies aériennes de séquestres de la colonne vertébrale dans le cours d'un mal de Pott. (*Bull. Soc. an. Paris*, p. 90.) — Fractures de la colonne vertébrale : leur traitement immédiat par réduction de la déformation et application d'un appareil plâtré, par H. L. Burrell. (*Boston méd. Jour.*, 25 août.) — Du traitement de la frac-

ture de Pott, par E. W. Roughton. (*Lancet*, 10 déc.) — Traitement du mal de Pott, par Casse. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, déc. 1886.) — Nouveau cas de scoliose consécutive à la sciatique, par Nicoladoni. (*Wien. med. Presse*, n° 39.) — Sur le traitement des affections de la colonne vertébrale par l'extension continue dans la position horizontale, par W. James Fleming. (*Glasgow med. Journ.*, novembre, p. 324.)

Rachitisme. — Le phosphore dans le rachitisme, par Casati. (*Raccoglitore med.*, oct., n° 12.) — Le rachitisme des nouveau-nés, par F. Schwarz. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 195.)

Rage. — Recherches expérimentales sur le virus rabique, par Celli. (*Bull. Accad. di Roma*, juin.) — La glomérulo-néphrite dans la rage expérimentale, par Colasanti et Guarnieri. (*Bull. della Accad. di Roma*, juin.) — L'hydrophobie est une forme de l'empoisonnement urémique, par W. G. Ashby. (*New York med. Journ.*, p. 742, 31 déc.) — Hydrophobie chez un enfant, par Jamieson. (*Lancet*, 21 mai.) — Rage canine, par Bacheler. (*New York med. Jour.*, p. 516, 5 nov.) — Sur la transmission de la rage de la mère au fœtus par le placenta et le lait, par Perroncito et Carita. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril.) — Le traitement préventif de Pasteur contre la rage, par Thursfield. (*Brit. med. Journ.*, p. 1214, déc.) — La prophylaxie de la rage de Pasteur, par Biggs. (*N. York med. Journ.*, p. 57, 16 juillet.)—La prophylaxie de la rage et le traitement de Pasteur, par Giorgieri. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 51.) — Recherches sur la vaccination anti-rabique, par V. Babes. (*Centrbl. f. d. med. W.*, n° 37.)

Rate. — D'un élément particulier de la rate chez les mammifères, par Foa et Cardone. (*Giorn. Accad. di Torino*, nov.-déc.) — Extirpation de la rate, par Orlowski. (*Med. chir. Centralb.*, n° 41.)

Rectum. — Des lésions du rectum produites par des canules de clystères, par Nordmann. (*Thèse Bâle.*) — Perforation traumatique du rectum au niveau du cul-de-sac recto-vésical; péritonite et phénomènes secondaires de pseudo-étranglement, par H. Méry. (*Bull. de la Soc. anat. Paris*, p. 125.) — Rupture spontanée du rectum, par Cazals. (*Bull. Soc. anat.*, p. 4.) — Double rétrécissement du rectum causé par un exsudat du bassin, par C. B. Kelsey. (*New York med. Journ.*, p. 435, 15 oct.) — Blessures du rectum par armes à feu (3 cas) et leur traitement, par Barthélemy. (*Thèse Montpellier*, n° 7.) — Cancer du rectum, par H. Cripps. (*Brit. med. Journ.*, 17 déc.) — A propos du traitement chirurgical du cancer du rectum, par Pollosson. (*Province méd.*, 5 nov.) — Traitement chirurgical du cancer du rectum, par Schede. (*Soc. des méd. de Hambourg*, 13 sept.) — Plaie par coup de feu du bassin, la balle traversant le rectum, par Habgood. (*Brit. med. Journ.*, 10 déc.)

Réflexe. — Variations du réflexe rotulien normal et ses relations avec l'activité du système nerveux central, par Plympton Lombard. (*Americ. Journ. of psychol.*, nov.)

Rein. — Sur le développement et l'histogenèse du rein chez l'homme, par Viéron. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Influence des diurétiques sur la circulation dans les reins, par G. Smirnow. (*Centralb. f. d. med. Woch.*, n° 38.) — Rein unique. Deux uretères dont un anormal. Anomalie dans les artères et les veines rénales, par Carrieu et de Rouville. (*Bull. Soc. anat.*, p. 783.) — Sur l'action de certains médicaments sur la circulation et la sécrétion du rein, par Phillips. (*Lancet*, 12 nov.) — Névralgie simulant un calcul du

rein, par Harrison Younge. (*Brit. med. Journ.*, p. 675, sept.) — Maladie de Bright compliquant les opérations chirurgicales, par S. Lloyd. (*New York med. Journ.*, p. 210, 20 août.) — Anurie suivie de polyurie. Guérison, par G. A. Ostrander. (*New York med. Journ.*, p. 594, 26 nov.) — Des affections mentales associées à la maladie chronique de Bright, par Osler. (*Philad. neurol. Soc.*, 24 oct.) — Pathogénie de la maladie de Bright, par Fothergill. (*Lancet*, 16 avril.) — Pleurésie diaphragmatique et mal de Bright, par Audin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 709.) — Du traitement de l'urémie chronique, par J. B. Ayer. (*Boston med. Jour.*, 21 avril.) — Quelques cas de néphrite albumineuse guéris par le mercure, par Müller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er oct.)—Lithiase rénale ; néphrite calculeuse, par P. Raymond. (*Bull. Soc. anat.*, p. 597.) — Pyélo-néphrite calculeuse suppurée d'origine vésicale, par N. Hallé. (*Bull. Soc. anat.*, p. 109.) — Réflexions à propos d'une série de cas de calculs rénaux, par Rickman J. Godlee. (*The Practitioner*, oct. p. 256.)—Cathétérisme des uretères, par Hirst. (*Philad. obst. Soc.*, 3 nov.) — Palpation et cathétérisme de l'uretère chez la femme, par Kelly. (*Philad. obst. Soc.*, 6 oct.) — Oblitération de l'uretère par des caillots dans des cas avancés de cancer du rein, par Hurry Fenwick. (*Lancet*, 25 juin.) — Oblitération de l'uretère par une masse ganglionnaire, par G. Caryophillis. (*Bull. Soc. anat.*, p. 755.) — Phtisie chronique; tuberculose du rein et de la vessie, par Klippel. (*Bull. Soc. anat.*, p. 661.) — Ablation d'un rein mobile tuberculeux, par Haward. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 nov.) — Observations pratiques sur les calculs rénaux et le rein mobile, par Jordan Lloyd. (*The Practitioner*, septembre.) — Mort d'une accouchée par suite d'hydronéphrose, par Bissell. (*N. York med. Record*, déc., n° 24.) — Hydronéphrose prise pour une tumeur ovarienne, par S. H. Weeks. (*Boston med. Jour.*, 24 novembre.) — Hydronéphrose suppurée du rein gauche ; néphrectomie intra-péritonéale ; calcul dans l'uretère ; guérison, par M. Peraire. (*Bull. de la Soc. an. Paris*, p. 88.) — Dégénérescence kystique des reins; péricardite et pleurésie double ; urémie, par L. Guinon. (*Ibid.*, p. 84.) — Grand kyste hématique du rein gauche; mort rapide à la suite d'une ponction exploratrice, par Lejars et Sebileau. (*Ibid.*, p. 626.) — Du rôle relatif de la sclérose et des lésions épithéliales dans le développement de la maladie kystique du rein, à propos de 3 cas de kystes multiples de cet organe, par Gombault et Hommey. (*Ibid.*, p. 552.) — Néphrite suppurée consécutive à la lithiase rénale. Néphrectomie, par Sainton. (*Ibid.*, p. 504.) — Rein adénomateux ayant donné des signes de cancer, par Bouisson, examen histologique, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 54.) — Néphrectomie par laparotomie pour un adénome du rein, guérison avec hernie ventrale, par Wier. (*N. York surg. Soc.*, 26 oct.) — Cancer du rein, par Bellanger. (*Bull. Soc. anat.*, p. 463.) — Blessures des reins et opérations qui se pratiquent sur les reins, par E. O. Otis. (*Boston med. Jour.*, 20 octobre.) — Abcès du rein produit par la compression d'un uretère, par J. G. Blake. (*Ibid.*, 9 juin.)

Résection. — Résection du coude pour une arthrite tuberculeuse, par Gerster. (*N. York surg. Soc.*, 26 oct.) — Résection au bistouri pour ankylose angulaire de la hanche, par Busachi. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, mars-avril.) — Méthode de résection de la hanche, par M. J. Roberts. (*New York med. Journ.*, p. 435, 16 avril.) — Synovite et ostéomyélite tuberculeuses du genou, résection, guérison, par Pascale. (*Gaz. d. ospit.*, n° 85.) — Résection de l'astragale, par Verneuil. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 488-489.)

Respiration. — Influence du sommeil naturel ou provoqué sur l'activité des combustions respiratoires, par de Saint-Martin. (*Acad. des sciences*, 5 déc.)

—Importance des battements cardiaques pour la respiration, par E. Fleischl von Marxow. (*Stuttgart.*) — Faits montrant que c'est parce que le bulbe rachidien est le principal foyer d'inhibition de la respiration qu'il semble être le principal centre des mouvements respiratoires, par Brown-Séquard. (*Bull. Soc. biol.*, 7 mai, p. 293.) — Sur les rapports entre la respiration, les mouvements du cœur et la pression artérielle, par Blake. (*Ibid.*, 5 nov., p. 617.) — Observation historique sur l'exhalation pulmonaire à propos de la note de M. Brown-Séquard, par Ch. Richet. (*Ibid.*, 10 déc., p. 754.) — Appareil permettant de faire respirer un individu dans une atmosphère limitée de composition constante et enregistrant les phases de la consommation d'oxygène et du dégagement de l'acide carbonique, par A. d'Arsonval. (*Ibid.*, 10 déc., p. 751.) — Procédé pour absorber rapidement l'acide carbonique de la respiration, par A. d'Arsonval. (*Ibid.*, 10 déc., p. 750.) — Note sur l'absorption de l'acide carbonique et sur l'inscription graphique de l'acide carbonique exhalé, par Hanriot et Ch. Richet. (*Ibid.*, 10 déc., p. 753.) — Des rapports entre l'air que nous respirons et les maladies communes, par Francis Henderson. (*Glasgow med. Journ.*, juillet-nov.)—Vieux et neuf sur le centre respiratoire, par Kronecker. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 785.)

Rétine. — Sur l'appréciation du temps par la rétine, par A. Charpentier. (*Bull. Soc. biol.*, 4 juin, p. 360.) — Nouvelle note sur l'appréciation du temps par la rétine, par Augustin Charpentier. (*Ibid.*, 11 juin, p. 373.) — Du nombre des unités visuelles contenues dans la partie moyenne de la rétine, par Wertheim. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 2.)— Décollement complet de la rétine avec œdème et formation de kystes séreux, par Webster. (*New York med. Journ.*, p. 544, 14 mai.) — De l'examen du champ visuel dans le décollement de la rétine, par de Lapersonne. (*Bull. méd. du Nord*, nov.) — Double gliome de la rétine, par Coroenne. (*Bull. des Quinze-Vingts*, p. 164.)

Rhumatisme. — Contribution à la théorie de l'origine nerveuse de l'arthrite rhumatismale, par Garrod. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 nov.) — Un cas de rhumatisme articulaire aigu suivi d'une nécrose aiguë du tibia, par Andrew Lyall. (*Edinb. med. Journ.*, p. 34, juillet.) — Sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards, par Jarjavay. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Sur les éruptions cutanées dans le rhumatisme, par de Facci. (*Riv. veneta di sc. med.*, déc.)— Un cas de paraplégie après le rhumatisme articulaire aigu, par Krabbel. (*Thèse inaug. Bonn.*) — Sclérodermie et rhumatisme, par Meyer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er nov.)—Traumatisme et rhumatisme, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, oct.)— Résultats statistiques du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude, par M. Reihlen. (*Centralb. f. d. med. W.*, n° 16.) — Traitement du rhumatisme articulaire aigu à caractère viscéral, par Jaccoud. (*Bullet. méd.*, 28 déc.) — Le salol contre le rhumatisme, par S. Rosenberg. (*Therap. Monatsheft*, p. 51.) — Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salol, par Bielschowski. (*Therap. Monatsh.*, p. 47.)

Rougeole. — Endocardite septique aiguë après la rougeole, par de Facci. (*Riv. veneta di sc. med.*, oct.) — Affection du système nerveux survenant à la période éruptive de la rougeole, par Colcott Fox. (*Lancet*, 16 avril.) —Rougeole noire, ulcère gastrique, hémorragie, mort, par R. Abbe. (*New York med. Journ.*, p. 486, 29 oct.) — Rapport sur la durée de l'isolement de la rougeole pour les écoliers, par Ollivier. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 52.)

Rubéole.—De la rubéole ou rötheln, par Crozer Griffith. (*The med. Record*,

juillet, et *Annales de derm.*, fasc. 8-9.) — Remarques sur la rubéole, par Henry Davis. (*Brit. med. Journ.*, p. 767, oct.) — Un cas de rubéole chez une primipare nouvellement accouchée, par J. A. Kite. (*Boston med. Jour.*, 18 août.)

S

Salive. — L'activité de la salive parotidienne de l'homme et du suc entérique du chien dépend-elle de micro-organismes? par Fubini et de Blasi. (*Giorn. Accad. di med. di Torino*, juin-août.) — Sur la segmentation nucléaire indirecte des cellules mucipares de la glande sous-maxillaire du chien, sous l'influence des irritants, par Canalis. (*Ibid.*, juin-août.) — La sécrétion salivaire dans ses rapports avec la pression sanguine, par Zerner. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 530.) — Fistule du canal de Sténon, calculs du canal de Wharton, par Broca. (*Arch. de laryngol.*, 15 déc.) — Calcul salivaire logé dans le canal de Wharton et dans une portion sous-jacente de la glande sublinguale, par Joseph Dixon. (*Lancet*, 26 nov.) — Un morceau de paille long de 2 centimètres et demi, logé dans le canal de Wharton pendant 6 mois, extraction, par A.-E. Cabot. (*Boston med. journ.*, 22 décembre.)

Sang. — Modifications du sang par le séjour prolongé expérimentalement dans la rate, par G. Grigorescu. (*Bull. Soc. biol.*, p. 548.) — Sur l'altération du sang produite par l'acétanilide et par la dioxynaphtaline, par R. Lépine. (*Ibid.*, p. 517.) — De l'influence des médications thermales sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine et sur la richesse du sang en oxyhémoglobine, par A. Hénocque. (*Ibid.*, p. 678. 19 nov.) — Note sur l'hémoglobinurie, par A. Hénocque. (*Ibid.*, p. 544.) — Sur une réaction spéciale des éléments colorés du sang, par Fox et Cardone. (*Giorn. Accad. di Torino*, nov.-déc.) — Action des sels sur les corpuscules du sang, par N. Kowalewsky. (*Centralb. f. med. Woch.*, nos 11 et 22.) — Sur un nouveau sérum destiné à la dilution du sang pour la numération des globules rouges et blancs, par Mayet. (*Lyon méd.*, 27 nov.) — Altérations spéciales dans le mode de cristallisation de l'hémoglobine chez les sujets atteints d'affections septiques; contribution à la pathologie du sang, par C.-J. Bond. (*Lancet*, 10 sept.) — Des applications de l'hématoscopie à la clinique et à la thérapeutique, par Hénocque. (*Rev. de clin. et thérap.*, 1er déc.) — Des épanchements séreux et de l'influence de la pression sanguine sur la qualité de ces épanchements, par Senator. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2, p. 219.) — La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte, par Thierry. (*Thèse de Paris*, 14 déc.)

Sarcome. — Sarcome et inflammation plastique, par Siegenbeek van Heukelem. (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, CVII, H. 2, p. 393.) — Sarcome multiple avec ostéite déformante, par Elliott. (*London med. sc.*, 12 déc.) — Myxosarcome du grand pectoral, par Vilpelle. (*Bull. Soc. anat.*, p. 472.) — Myxosarcome de la jambe, par Winocouroff. (*Ibid.*, p. 771 et 836.)

Saturnisme. — Note sur un cas d'intoxication saturnine (6 cas par étamage), par Morisset. (*Rev. d'hyg.*, IX, 1012, nov.) — De l'empoisonnement par le plomb comme cause d'incoordination musculaire (pseudo-tabes), par J.-J. Putnam. (*Boston med. journ.*, 22 déc.) — Intoxication saturnine causée par la manipulation de la braise chimique, par Troisier. (*Soc. médic. des hôpit.*, 26 oct.)

Scarlatine. — Revue critique sur la contagion de la scarlatine, par George Thin. (*Brit. med. journ.*, p. 402, août.) — Scarlatine se répétant trois fois chez le même individu, par Ayer. (*Boston med. journ.*, 19 mai.)— Troubles cardiaques dans la scarlatine, par Brauzon-Bourgogne. (*Thèse de Montpellier*, n° 12.) — Traitement de la scarlatine, par Illingworth. (*Brit. med. journ.*, p. 613, sept.)

Sclérodermie. — Note sur un cas de sclérodermie avec lésions musculaires, par H. Méry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 764.)

Scorbut. — Le scorbut au pénitencier de l'île Nou, par Fruitet. (*Thèse de Montpellier*, n° 64.)

Scrofule. — Etiologie de la scrofule, par Rabl. (*Jahrb. für Kinderheilk.* XXVII, 1-2.) — Traitement local des adénopathies scrofuleuses, par H.-C. Rogers. (*New York med. journ.*, p. 714, 25 juin.) — La solution éthérée d'iodoforme dans les ulcérations scrofuleuses, par de Gennaro. (*Riv. clin. e terap.*, août.)

Seigle. — Ergotisme aigu consécutif à l'ingestion d'une once d'extrait fluide d'ergot, par Hulme. (*Med. news*, 5 nov.)

Sens. — Les sens des sauvages, par W. Curran. (*Journ. of Anat. and Phys.*, vol. XXI, 4.) — Quelques exemples de dynamogénie sur les centres des organes des sens, par Mathias Duval. (*Bull. Soc. biol.*, p. 763, 3 déc.) — Note sur les effets généraux des excitations des organes des sens; effets rétroactifs des excitations sensorielles, par Ch. Féré. (*Ibid.*, p. 747, 10 déc.)

Septicémie. — De la teinture d'iode comme traitement préventif des accidents consécutifs aux piqûres anatomiques, par Louge. (*Gaz. des hôpit.*, 13 décembre.)

Sexe. — De la détermination des sexes, par Kisch. (*Centr. f. Gynæk.*, n° 4.)

Spina bifida. — Un cas de spina bifida occulte avec hypertrichose lombaire congénitale, pied varus et mal perforant du pied, par Conrad Brunner. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 3, p. 494.) — Du spina bifida, par L. Emmet Holt. (*New York med. journ.*, p. 519, 5 novemb.)—Spina bifida lombo-sacré, fistule sacrée congénitale, par J. Reboul. (*Bull. Soc. anat.*, p. 605.)

Strabisme. — Etiologie et traitement du strabisme convergent, par Siméon Snell. (*Brit. med. journ.*, p. 657, sept.) — *Idem*, par Philipp Mules. (*Ib.* p. 661.) — Faits cliniques relatifs au strabisme associé, par Adams Frost. (*Ibid.*, p. 663.) — Vision binoculaire après les opérations du strabisme, par Landolt. (*Ibid.*, p. 664.) — Remarques sur l'amblyopie et l'étiologie du strabisme, par A. Berry. (*Ibid.*, p. 666.) — Strabisme convergent hypermétropique, par Truc. (*Montpellier méd.*, p. 197, 1er sept.)— Complication rare après la ténotomie du droit externe, par Emrys Jones. (*Opht. soc. of unit. Kingd.*, 8 déc.)

Suette. — De la miliaire essentielle, par Sainati. (*Lo Sperimentale*, p. 291, septembre.)

Surdi-mutité. — Surdi-mutité et mariages consanguins, par Ch. Warden. (*Brit. med. journ.*, p. 455, août.)

Syphilis. — Atlas des maladies vénériennes, par Maclaren. (*Edimbourg.*) — Durée de la capacité syphilogène au point de vue du mariage, par Morrow. (*Journ. of cut. and genito-urin. dis.*, avril.) — La contagion de la syphilis,

par Disse. (*Deutsche med. Woch.*, p. 888, n° 41.) — L'intoxication chronique par la syphilis, par Rumpf. (*Ibid.*, p. 788, n° 36.) — Syphilis communiquée par le tatouage, par Grenville E. Moffet. (*Lancet*, 5 nov.) — Documents statistiques sur les sources de la syphilis chez la femme, par Fournier. (*Ann. de Dermat.*, VIII, n° 12.)— Considérations sur la syphilis contractée pendant la grossesse, par Grellety. (*Broch. Mâcon.*) — Sur la syphilis par circoncision, par Lewentaner. (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, II, n° 20.) — Etudes théoriques et cliniques sur la syphilis héréditaire tardive, par Gamberini. (*Giorn. ital. delle mal. vener. e delle pelle*, fasc. 6.) — Observations montrant quelles sont les manifestations tardives de la syphilis congénitale, par Abner Post. (*Boston med. journ.*, 24 nov.) — Un cas de syphilis héréditaire caractérisée par une infiltration gommeuse quasi généralisée, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, 15 déc.) — Note sur un cas de syphilis héréditaire tardive, par de Lavarenne. (*Ann. de Derm.*, fas. 8-9.) — Les accidents nerveux de la syphilis, par Fournier. (*Gaz. médic. de Paris*, 17 déc.) — Dementia paralytica dans ses rapports avec la syphilis, par C. Llietz. (*Alleg. Zeit. f. Psych.*, XLIII, p. 237.) — Un cas d'hémianopsie temporale, suite d'artérite syphilitique du cerveau, par Treitel et Baumgarten. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2, p. 251.) — De l'hémiopie bitemporale oscillante comme symptôme de syphilis cérébrale, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 sept.)—Un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique avec troubles intellectuels, par Arnaud. (*L'Encéphale*, n° 4.)— Sclérose diffuse du cerveau avec affection médullaire chez un enfant atteint de syphilis héréditaire, par Otto Buss. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 déc.) — De l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques, par Richard. (*Thèse de Paris*, 23 déc.) — Ulcère syphilitique de l'aorte ouvert dans la bronche droite, syphilis du poumon, par Cantilena. (*Riv. venet. d. sc. med.*, oct.) — Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique, par Hallopeau. (*Ann. de Dermat.*, VIII, n° 12.) — Sur l'état de la rate et des reins au début de la syphilis, par Schuester. (*Wien. med. Blätt.*, n° 41-42.) — Vergetures brachio-pectorales bilatérales consécutives à une affection thoracique unilatérale aiguë, probablement pleurétique. Syphilides gommeuses limitées au thorax du côté de la pleurésie, par A. Morel-Lavallée. (*France médic.*, 22 décembre.) — Chancre extragénital siégeant à la racine du nez; coryza spécifique; syphilides génitales papulo-érosives, par Laurent. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 déc.) — De l'iritis considéré comme symptôme tardif de la syphilis, par Scarenzio. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, fasc. IV.) — Vergetures consécutives à des syphilides secondaires, par Balzer. (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 novembre.) — Nouvelles observations de syphilides traumatiques, par Verneuil. (*Union médicale*, 20 sept.) — Des arthrites syphilitiques, par Lannelongue. (*Trib. méd.*, 18 sept.) — Fracture spontanée de la clavicule à la suite d'une gomme, par Fulda. (*Cent. f. Chir.*, n° 37.) — Rétrécissement syphilitique du rectum; rectotomie externe; érésipèle, par A. Souques. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 504.) — Périonyxis multiples et gommes cutanées précoces, par Breda. (*Rivista veneta*, fasc. II.) — Sur le traitement de la syphilis, par Verneuil. (*Bull. de thérap.*, oct.) —Sur les principes du traitement de la syphilis, par Finger. (*Wien. med. Woch.*, n° 29, p. 967.) — Appréciation des méthodes modernes du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques, par Morrow. (*New York med. Record*, n° 16, oct.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Caire. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Des injections intra musculaires de calomel et d'oxyde jaune de mercure dans la syphilis, par Kuhn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 664.) — Nouveaux faits en faveur de l'emploi des injections hypodermiques de vaseline médicinale avec calomel ou oxyde jaune dans le traitement de la syphilis, par Galliot. (*Semaine médicale*, 14 déc.) — Des injections hypodermiques de

calomel ou d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis, par Le Ray. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Du traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par Vatraszewski. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 22.) — Du salol dans le traitement local des maladies vénériennes et cutanées, par Barduzzi. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, fasc. IV.) — Du bichromate de potasse comme succédané du mercure, dans le traitement de la syphilis, par Guntz. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 nov.)

T

Tabac. — De l'intoxication chronique par le tabac et de son influence sur le cœur et l'estomac, par Favarger. (*Wiener med. Woch.*, n° 11.)

Tænia.— Développement du tænia, par Grassi et Rovelli. (*Cent. f. Bacteriol.*, III, n° 6.) — Du développement du bothriocéphale latus, par Grassi et Rovelli. (*Giorn. Accad. di Torino*, nov.-déc.) — De l'invasion du tænia elliptica et des ascarides lombricoïdes, par Lutz. (*Cent. f. Bacter.*, II, n° 24.) — Idem, par Leuckart. (*Ibid.*) — Sur les tænias et leur traitement, par Cantielle. (*Bull. de thérap.*, déc.) — Une modification dans la cure du tænia, par K. Bettelheim. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 857.)

Teigne. — Du favus, par Quincke. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 22.) — De l'herpes tonsurans, par Quincke. (*Monat. f. Dermat.*, n° 22.) — Recherches sur la morphologie et la biologie du tricophyton tonsurans et de l'achorion Schœnleinii, par D. Verujski. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)— La pelade et l'école, par Ollivier. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 49.)

Température. — Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par Vincent. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Observations de température élevée dans diverses conditions anormales, par Handfield Jones. (*The Practitioner*, décembre, p. 430.) — Régulation de la température chez le chien, par Ch. Richet. (*Bull. Soc. biol.*, 16 juillet, p. 482.)

Testicule. — De l'hydrocèle chronique et de quelques-unes de ses variétés, par Landi. (*Raccoglitore med.*, nov., n° 13.) — Traitement de l'hydrocèle, par Calafato. (*Incurabili*, nov.) — De la cure radicale de l'hydrocèle, par J. Mac Ardle. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 190, sept.) — Pachyvaginalite chronique simulant une tumeur du testicule, par Lenoir. (*Bull. Soc. anat.*, p. 101.) — Idem, par A. Broca. (*Ibidem*, p. 102.) — Du procédé de Defer dans le traitement de l'hydrocèle, par Bonnet. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 42.) — Sur la cure radicale de l'hydrocèle, par F. A. Southam. (*Lancet*, 10 sept.)—De l'électrothérapie dans la spermatorrhée, par Wagner. (*Berl. klin. Woch.*, 19 déc.) — Des inflammations en masse du cordon spermatique, funiculites totales, par Cousin. (*Thèse de Paris*, 21 déc.) — Sur la classification des tumeurs du testicule, par Monod et Arthaud. (*Rev. de chir.*, mars.) — Orchiépididymite par effort, par Englisch. (*Wiener med. Presse*, n° 21.) — Cas de déplacement du rein droit, de rétention du testicule avec épididyme rudimentaire du même côté, par Robert Howden. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XXI, 4.)—Un cas d'hémospermatorrhée, par Harrington. (*Boston med. Jour.*, 14 avril.) — Testicule tuberculeux ; castration ; guérison, par Paul Thiéry. (*Bull. Soc. an. Paris*, p. 1.) — Fongus du testicule, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 22 déc.)—Lymphadénome du testicule ; propagation aux ganglions abdominaux et thoraciques ; gé-

néralisation au poumon et compressions multiples, par Janet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 190.) — Lymphadénome de l'épididyme ; castration, par Cuillet. (*Ibid.*, p. 178.)

Tétanos. — De la nature infectieuse du tétanos, par Amon. (*Münch. med. Woch.*, p. 427.)—De la nature du tétanos, par Millet. (*Thèse Montpellier*, n° 10.) — Traitement de 4 cas de tétanos traumatique aigu, par Mac Chord. (*Journ. of americ. med. Assoc.*, 16 juillet.)

Thé. — Les relations qui existent entre l'absorption du thé et les désordres du système nerveux, par W. N. Bullard. (*Boston med. Jour.*, 8 septembre.

Thérapeutique. — Nouveau mode de traitement par les oxydations médicamenteuses, par Onimus. (*Union médicale*, 1er oct.) — Quelques considérations sur la nomenclature des nouveaux médicaments introduits en thérapeutique, par Ville. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 45.) — Sur diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine ; comparaison avec l'antifébrine, par Germain Sée. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 36.) — L'antipyrine à l'étranger, par Mathieu. (*Bulletin méd.*, 31 déc.) — Nouvelles applications de l'antipyrine, par Bloch. (*Gaz. des hôp.*, 20 déc.) — Sur l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique, par Lejeune. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Du traitement des maux de tête (céphalées, névralgies faciales, migraines) par l'antipyrine, par Germain Sée. (*Bullet. Ac. de méd.*, XVIII, n° 34.)—Action hypnotique de l'antipyrine chez les aliénés, par Mairet et Combemale. (*Montpellier médic.*, 16 décembre.) — L'antipyrine dans le traitement de la migraine, par W. H. Russell Forsbrook. (*Lancet*, 10 déc.)— L'antipyrine dans le traitement de la douleur, par Oscar Jennings. (*Lancet*, 10 déc.) — Sur l'action thérapeutique de l'antifébrine, par H. Lippel. (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 12.) — Le salol comme antirhumatismal, par Rosenberg. (*Ther. Monatsch.*, p. 51.)—Expériences sur le salol, par L. Feilchenfeld. (*Therap. Monatsch.*, p. 52.)—De l'action thérapeutique du sulfate de sparteïne, par Mitchell Clarke. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, oct.) — De l'ellébore et de l'elléborine, par Santoliquido. (*Terepia moderna*, nov.)— Quand et comment doit-on prescrire la digitale? par Huchard. (*Rev. de clin. et thér.*, 8 déc.) — Considérations sur l'abus de la cocaïne et l'exagération des dangers de son emploi, par Freud. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 28.) — Du cascara sagrada, dans le traitement de la constipation, par J. W. Farlow. (*Boston med. Jour.*, 27 octobre.) — Sur l'emploi thérapeutique du cascara sagrada, par G. Bufalini. (*Boll. della Societa trà i cultori delle scienze mediche*, *Sienne*, tome V, n° 5.) — Le strophanthus employé comme tonique du cœur et diurétique, par W. Budd. (*Lancet*, 10 sept.) — Recherches physiologiques et thérapeutiques sur le strophanthus hispidus, par Grognier. (*Thèse Montpellier*, n° 4.) — Du strophanthus, par Buttin. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 673, novembre.) — Notes sur le strophanthus, par Bahadhurji. (*Brit. med. Journ.*, p. 620, sept.) — Notes sur l'emploi du strophanthus, par Quinlan. (*Brit. med. Journ.*, p. 451, août.) — La glycérine comme purgatif, par Vamossy. (*Wien. med. Presse*, n° 48.)— De l'emploi de l'iodoforme pour combattre certaines anorexies et dysphagies, par Aloix. (*Loire médicale*, 15 septembre.) — De l'influence de sels biliaires sur l'absorption cutanée de l'huile de foie de morue, par Hobart Amory Hare. (*Boston med. Jour.*, 24 mars.)

Thorax. — Contribution à l'étude de la poitrine en entonnoir, par E. Herbst. (*D. Arch. f. klin. Medic.*, Bd. 41, Hft 3, p. 308.)—Des foyers de diagnostic de la poitrine humaine, par Leaming. (*New York med. Journal*, p. 477, 30 avril.) — De la thoracoplastie, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 déc.)

Thyroïde. — Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la

maladie de Baedow, par VIGOUROUX. (*Progrès médical*, 22 octobre.) — La chirurgie moderne du goitre, par OBALINSKI. (*Wien. med. Presse,* n° 29.) —Ablation d'un kyste sanguin volumineux du corps thyroïde, guérison, par VALAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 442.)—Concrétions calcaires du corps thyroïde, par F. VILLAR. (*Ibid.*, p. 325.) — Sur un cas d'ablation de goitre, par JULIUS WOLFF. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 décembre.) — Gros kyste sanguin fistuleux du corps thyroïde. Enucléation. Guérison, par TERRILLON. (*Bull. Soc. de chir.,* XIII, p. 408.) — Note sur 4 cas de thyroïdectomie, par A. REVERDIN. (*Bull. Soc. de chir.,* XIII, p. 307-308.) — Cachexie strumiprive et myxœdème, par RUSCONI. (*Gaz. d. ospit.,* n° 80.)

Trachée. —Les rétrécissements de la trachée et leur traitement par le cathétérisme, par LUBLINSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 12 sept.) — Rupture de la trachée, emphysème généralisé, mort, par GARRARD. (*Sheffield med. chir. Soc.,* 10 nov.) — Note sur une observation de trachéotomie pratiquée dans un cas de croup sous la narcose chloroformique, par BERNARD. (*Progrès médical*, 1er octobre.) — Sur les indications, le procédé et le traitement de la trachéotomie dans le croup, par SCHRAKAMP. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* XXVI, 3-4.)

Trépanation. — La trépanation du crâne à propos d'un cas de fracture du frontal avec enfoncement des fragments, par BERNARDO. (*Giorn. med. del Esercito*, nov.) — Hémiparésie progressive gauche survenue deux mois après un traumatisme de la région pariétale droite et accompagnant une hémiplégie complète. Etat comateux. Trépanation du crâne. Guérison complète, par A. CECCI. (*Rivista clinica di Bologna,* sept., p. 629.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde de l'os temporal compliquée de l'ouverture du sinus latéral. Guérison, par BARACZ. (*Wiener med. Wochenschrift,* n° 38.) — Trépanation dans un cas d'ostéite névralgique du fémur, par TROQUART. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 13 nov.)

Trichinose. — Un cas de trichinose chez l'homme, par LEGGE. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, janv.-fév.)

Tuberculose. — De la tuberculose, par MOURET. (*Thèse de Paris,* 15 déc.) — La phtisie doit-elle exterminer les Indiens de l'Amérique? par MAYS. (*N. York med. Journ.*, p. 508, 7 mai et 3 sept.)— La phtisie parmi les Indiens, par W. MATTHEWS. (*N. York med. Journ.*, p. 127, 30 juillet.) — De la contagion de la phtisie, par F. J. KNIGHT. (*Boston med. Jour.*, 28 juillet.) — Sur la tuberculose vermineuse du lièvre qui, actuellement, règne sous forme épizootique dans les chasses d'Alsace, par MÉGNIN et RÉMY. (*Bull. Soc. biol.*, 9 juillet, p. 445.) — Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et le cobaye, par SALIS. (*Thèse de Bordeaux*, nov.) — Recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose par les voies respiratoires, par CADÉAC et MALET. (*Acad. des sciences*, 12 déc.) — De la phtisie mésentérique, par W. T. GAIRDNER. (*Glasgow medical Journal*, mars, avril, juin, juillet, novembre, décembre.) — Du thorax tuberculeux chez l'homme, par REBOUL. (*Thèse de Montpellier,* n° 39.) — Altérations des muscles dans la tuberculose pulmonaire, par KLIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 365.) — Tuberculose pulmonaire; grande caverne simulant un pneumothorax; hypertrophie fibreuse des mamelles. (*Ibid.*, p. 246.) — Tuberculose aiguë; péricardite latente, par DAMALIX et CHAMPEIL. (*Ibid.*, p. 227.) — Atrophie des muscles thoraciques chez les tuberculeux, par BOMPAR. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 oct.). — Tuberculose génito-urinaire; fongus tuberculeux du testicule, par ISCH-WALL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 430.) — Tuberculose génito-urinaire; tuberculose péritubulaire du rein droit; hypertrophie avec sclérose; méningite,

par L. Guinon. (*Ibid.*, p. 383.) — Tuberculose génito-urinaire ancienne, début probable par le rein; mort par tuberculisation miliaire aiguë, par L. Jacquet. (*Ibid.*, p. 358.) — Tuberculose urinaire, par Chaput. (*Ibid.*, p. 872.) — Tuberculose des vésicules séminales, de la prostate et des deux épididymes, suivie de phlegmon gangréneux des bourses, chez un vieillard de 79 ans, par Couder. (*Ibid.*, p. 770.) — Sur la tuberculose uro-génitale chez l'homme et sur les différentes manières de sa propagation, par Saltzmann. (*Finska lakares. handlingar*, n° 11, nov.) — De la tuberculose du rein et de l'appareil urinaire, par Kurz. (*Med. chir. Centralb.*, n° 46.) — Vergetures du thorax chez un phtisique. Lésions de la peau au niveau des vergetures, par Troisier et Menetrier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 novembre.) — Caverne à parois calleuses prise pour un épanchement pleural, thoracentèse, par Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, 21 nov.) — Le traitement de la phtisie pulmonaire, par Desguin. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, nov.) — Note sur le traitement de la tuberculose, par H. de Renzi. (*Il Morgagni*, décembre.) — L'eucalyptol et la tuberculose pulmonaire, par Augias. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par le menthol, par S. Rosenberg. (*Therap. Monatsch.*, p. 84.) — Traitement des fièvres tuberculeuses par l'antipyrine, par S. Jeannel. (*Thèse Montpellier*, n° 38.) — Traitement de la tuberculose par l'aniline, par Bertolero. (*Gaz. d. ospit.*, n° 96.) — Traitement de la tuberculose locale par la chaux, par Kolischer. (*Wien. med. Presse*, n° 29.) — Climat comme agent thérapeutique dans la phtisie avec quelques considérations sur la meilleure hygiène des phtisiques chez eux ou au dehors, par A. Lindsay. (*Lancet*, 30 avril.) — Recommandations aux médecins qui envoient leurs malades tuberculeux à Colorado, par E. O. Otis. (*Boston med. Jour.*, 15 décembre.) — Le traitement pneumatique de la phtisie pulmonaire, avec observations à l'appui, par D. R. Brown. (*Boston med. Jour.*, 8 décembre.) — Du traitement de la phtisie par l'air comprimé, par Mc Caskey. (*Boston med. Jour.*, p. 345, 14 avril.) — Un cas de tuberculose traité par le cabinet pneumatique, par W. B. Wood. (*New York med. Journ.*, p. 547, 12 nov.) — Recherches sur l'importance, surtout pour les phtisiques, d'un air non vicié par des exhalations pulmonaires, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Acad. des sciences*, 28 nov.) — Asheville et les montagnes de la Caroline du Nord dans le traitement climatérique de la phtisie, par T. M. Lloyd. (*New York med. Journ.*, p. 399, 9 avril.) — Effets du traitement de Bergeron sur l'urine des phtisiques, par Hutchinson et Adams. (*Med. News*, 31 déc.) — De l'hydrogène sulfuré contre le bacille tuberculeux, par Trudeau. (*Med. News*, 12 nov.) — 10 cas de phtisie traités par les lavements gazeux (hydrogène sulfuré), par A. Gaston Roeth. (*Boston med. Jour.*, 21 juillet.) — De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose, par Dabiex. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — De l'action antiseptique de la créosote et de son emploi dans la phtisie pulmonaire, par Guttmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 5.)

Typhoïde. — Histoire des épidémies de fièvre typhoïde dans les troupes de la marine de Lorient, par Marchoux. (*Thèse de Paris*, 15 déc.) — Étude historique sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Seitz. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 23.) — Note sur une petite épidémie de fièvre typhoïde développée dans l'hôpital Beaujon, par Fernet. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 novembre.) — La fièvre typhoïde aux Indes et dans les régions tropicales, par James Macartney. (*Brit. med. Journ.*, p. 761, oct.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde au point de vue de l'étiologie, par Bondet. (*Lyon méd.*, 25 déc.) — Epidémie de fièvre typhoïde en rade de Brest, par Allain. (*Thèse Montpellier*, n° 37.) — Une épidémie de fièvre typhoïde à

la Nouvelle-Calédonie (contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds), par VINAS. (*Thèse Montpellier*, n° 1.) — Nouvelles considérations sur les conditions typhogènes de la ville de Joigny, par LONGBOIS. (In-8°, *Joigny*.) — Recherche du bacille typhique dans les eaux d'alimentation de la ville de Paris, par A. LOIR. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre.) — Les eaux de Paris et la fièvre typhoïde, par BECHMANN. (*Revue d'hyg.*, IX, 1029 et 1104, décembre.) — Recherches sur les rechutes dans la fièvre typhoïde, par EICHHORST. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 1, p. 48). — Des réitérations de la fièvre typhoïde, par DEUMIÉ. (*Thèse de Paris*, 30 nov.) — Fièvre typhoïde chez un homme âgé de 61 ans. Rechute. Guérison, par J. BRUHL. (*France médicale*, 27 décembre.) — La fièvre typhoïde dans la grossesse, par HIRST. (*Philad. obst. Soc.*, 6 oct.) — Sur quelques phénomènes vaso-moteurs de la fièvre typhoïde, par ANGEL MONEY. (*Lancet*, 3 déc.) — Cas de fièvre typhoïde avec abaissement de la température à partir du 10e jour de la maladie, malgré la persistance des autres symptômes, par H. L. JENCKES. (*Boston med. Jour.*, 22 septembre.) — Du pouls dans la fièvre typhoïde, par RUL. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Des congestions pulmonaires typhoïdiques, par PAGLIANO. (*Thèse de Montpellier*, déc.) — Epidémie de fièvre typhoïde en escadre, et contribution à l'étude des coups de chaleur dans la fièvre typhoïde, par OURSE. (*Thèse Montpellier*, n° 50.) — L'ictère dans la fièvre typhoïde, par HILL. (*N. York med. Record*, oct., n° 17.) — Pneumo-typhoïde, par TOUPET. (*Gaz. des hôp.*, 17 déc.)—Chlorose secondaire à la fièvre typhoïde, par OLLIVIER. (*Semaine méd.*, 21 déc.) — Pseudo-fièvre typhoïde précédée d'une pleurésie et suivie, 9 mois après, d'une péritonite, par L. MERCIER. (*Revue Suisse romande*, VII, 661, novembre.) — Note sur un cas de délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde, par PAGLIANO. (*Marseille méd.*, 30 nov.) — Contracture post-typhoïdique des muscles de la colonne vertébrale, par A. FREY. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 811.) — Gangrène de la bouche et nécrose partielle du maxillaire supérieur à la suite d'une fièvre typhoïde, par NINOCOUROFF. (*Bull. Soc. anat.*, p. 321.) — Considérations chirurgicales sur les complications abdominales de la fièvre typhoïde, par MORTON. (*Med. News*, 26 nov.) — Fièvre typhoïde; distension énorme du cœcum; sphacèle de la muqueuse cœcale; péritonite sans perforation, par BAUDOUIN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 749.) — Exemples cliniques de perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, par ROBERT ARCHER. (*Dublin J. of med. sc.*, p. 90, août.) — Urémie dothiénentérique, par BOYER. (*Province méd.*, 5 nov.) — Fièvre typhoïde; syncope mortelle (sans cause anatomique connue); confluence extrême des lésions intestinales, par H. MÉRY. (*Bull. Soc. anat.*, p. 600.) — Traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de New-York, Boston et Montréal. (*Med. News*, 17 déc.) — Traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Philadelphie. (*Med. News*, 10 déc.) — Bains froids dans la fièvre typhoïde, par PIANELLI. (*Thèse Montpellier*, n° 11.)—Des bains tièdes prolongés dans la fièvre typhoïde, par KRUTCHEK-GOLUBOFF. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1886.) — De l'influence comparée de l'antipyrine et de la méthode de Brand sur la sécrétion urinaire dans le traitement de la fièvre typhoïde, par PERRET. (*Province méd.*, 24 déc.) — Observations sur l'usage de l'antipyrine et de la thalline dans le traitement de la fièvre typhoïde, par F. MINOT. (*Boston med. Jour.*, 23 juin.) — Marche de la température dans 200 cas mortels de fièvre typhoïde, avec remarques sur l'antipyrine, par GLASER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1 et 2.) — Sur le traitement de la fièvre typhoïde, la phénacétine, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 21 déc.) — Traitement de la fièvre typhoïde par la thalline, par O. KOHTS. (*Therap. Monatsh.*, n° 1, p. 2.)

U

Ulcère. — Note sur le bouton du Nil, par A. Chantemesse. (*Bull. Soc. an.*, p. 576.) —Les ulcères du pied et leur traitement, par Romich. (*Wien. med. Presse*, n° 38.) — Traitement des grands ulcères de jambe par la méthode de Thiersch, par Jaeschke. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 34, p. 748.) — Traitement des ulcères et plaies chroniques de la jambe par l'acide phosphorique, par Grossich. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 44.)

Urémie. — Convulsions unilatérales et hémiplégie dans l'urémie, par Dercum. (*Philad. neurol. Soc.*, 24 octobre.)

Urètre. — Nouvel appareil de lavage pour l'urètre, par H. Lohnstein. (*Berl. klin. Woch.*, 21 novembre.) — Des urétrites chez la femme, par Ingria. (*Gaz. d. Osp.*, n° 101.) — Névrose simulant une fièvre paludique d'origine urétrale, par Sampson. (*New York med. Record*, n° 21, nov.)—Spasme de l'urètre, par Verneuil. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 393.)— Ulcération tuberculeuse de l'urèthre consécutive à une tuberculose rénale primitive, par Michaut. (*Bull. Soc. anat.*, p. 103.) — Traitement de l'urétrite, par Rand. (*New York med. journ.*, p. 619, 3 déc.) — Des cas graves de rupture de l'urètre, par Zaccaro. (*Gaz. d. ospit.*, n° 99.) — Contusion et fracture de l'urètre par un coup de sabot, dont le rétrécissement consécutif traité par l'urétrotomie interne, par H. Picard. (*France médicale*, 22 novembre.) — De l'urétrotomie interne, par Perrier. (*Thèse de Montpellier*, n° 7.) — Quatre cas de rétrécissement de l'urètre traités par l'électrolyse, par G.-W. Allen. (*Boston med. journ.*, 29 déc.) — Une comparaison entre la dilatation lente, la divulsion, l'urétrotomie interne et externe dans les traitements des rétrécissements de l'urètre, par J.-S. Watson. (*Ibid.*, 29 déc.)— Septicémie foudroyante gazeuse après une urétrotomie interne, par Taylor. (*New York med. journ.*, 4 juin.) — Note sur un cas d'épispadias périnéo-scrotal chez un chien, par Retterer et Roger. (*Bull. Soc. biol.*, p. 644, 12 nov.)

Urinaires (Voies). — Les paraplégies urinaires, par Etienne. (*Rev. gén. de clin.*, 22 déc.) — Cas remarquable d'analgésie des voies urinaires, par F. Schoefer. (*Deuts. med. Woch.*, n° 40, p. 874.) — Kyste urineux du scrotum, par Karewski. (*Cent. f. Chir.*, n° 32.)

Urine. — Recherche du sucre dans les urines par la méthode de fermentation, par Einhorn. (*Arch. f. path. Anat.*, CII, 2.) — Des ferments digestifs dans l'urine, par Grutzner. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 nov.) — Sur la recherche de l'albumine, des peptones et des alcaloïdes dans les urines au moyen du réactif de Tanret, par Léon Brasse. (*Bullet. Soc. biol.*, p. 369, 11 juin.) — Dosage du mercure dans les urines, par Léon Brasse. (*Ibid.*, p. 297, 14 mai.) — Des acides gras volatils dans l'urine de l'homme sain et malade, par V. Rokitansky. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 205.) — Des effets de la faradisation du pneumogastrique droit sur la sécrétion urinaire, par Arthaud et Butte. (*Bullet. Soc. biol.*, p. 787, 17 déc.) — La réaction de l'urine dans ses rapports avec le travail musculaire, par Aducco. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier-février.)

Urique (ac. de). — Influence de la glycérine, du sucre et de la graisse sur l'élimination de l'acide urique chez l'homme, par J. Horbaczewski et F. Kanera. (*Wien. Akad. Sitzb.*, CVI, p. 583, II Abth.)— L'acide urique dans

le sang, les organes et les tissus, par Abeley. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 479.) — De la dissolution des concrétions d'acide urique, par Posner et Goldenberg. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 6.)

Utérus. — Contribution à l'anatomie de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, par A. Benckiser et M. Hofmeier. (*Stuttgart.*) — Métrorragie à l'époque de la puberté, par Coe. (*Arch. de tocol.*, 30 oct.) — Notes sur certains cas : 1° métrorragie paroxystique; 2° engorgement menstruel des petites lèvres à la suite d'un coup ; 3° pharyngite menstruelle récurrente, par R.-W. Felkin. (*Edinb. med. journ.*, p. 316, oct.) — De l'hypertrophie essentielle et totale de l'utérus, par Buman. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 672, nov.) — De la migration intra-utérine de l'œuf, par Puech. (*Montpellier méd.*, p. 394, nov.) — Deux cas de pénétration d'instruments utérins dans les trompes, par Goenner. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Erosions du col de l'utérus, par Dauvergne. (*Thèse de Montpellier*, n° 51.) — Rétention de matière caséeuse dans la cavité utérine, par F. Villar. (*Bull. Soc. anat.*, p. 650.) — Note sur le gigantisme utérin, par Polaillon. (*Union médicale*, 22 novembre.) — Cas d'inversion utérine avec prolapsus complet, par F.-S. Barber. (*Lancet*, 1er oct.) — Rétroversion de l'utérus gravide, réduction à 4 mois 1/2, récidive de la rétroversion, accouchement à 7 mois, autopsie, par Duchamp. (*Loire méd.*, 15 déc.)—Notes sur le traitement du prolapsus de l'utérus, avec l'exposé d'une méthode nouvelle de colporraphie antérieure, par A.-D. Leith Napier. (*Edinb. med. journ.*, p. 230, sept.) — Rupture incomplète de l'utérus, hémorragie, mort, par Demelin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 549.) — Deux cas d'inversion complète aiguë de l'utérus après la délivrance, par Jones. (*Lancet*, 25 juin.) — Absence totale de l'utérus coïncidant avec un vagin normal, par Bensinger. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 24.)— Absence totale d'utérus avec vagin normal, par M. Grechen. (*Ibid.*, n° 31.)— Un cas d'utérus et de vagin double avec carcinome, par Karl Huber. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVIII, H. 1, p. 124.) — Quelques améliorations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite blennorragique, par Desmoulins. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — Sur la dilatation rapide du col de l'utérus, par A.-H.-N. Lewers. (*Lancet*, 10 sept.) — De la dilatation rapide du corps de l'utérus, par Wathen. (*Progrès médical*, 8 oct.) — Etude sur la médication intra-utérine, par Crendiropoulos. (*Thèse de Montpellier*, n° 26.) — Les irrigations phéniquées intra-utérines chez les accouchées, cause d'accidents mortels, par Glockner. (*Inaug. diss. Halle*, 1886.) — Quelques mots sur le raccourcissement de ligaments ronds (opération d'Alquié Alexander), par P. Puech. (*Montpellier méd.*, p. 245.) — L'hystérectomie vaginale en Amérique, par Dudley. (*New York med. journ.*, 9 juillet.)— Technique de l'hystérectomie vaginale, par Martin. (*Americ. journ. of Obstet.*, nov.) — Six nouvelles hystérectomies vaginales, par Richelot. (*Union médicale*, 23 octobre.) — De l'emploi des pinces hémostatiques pour l'ablation de l'utérus par le vagin, par Muller. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 12.) — Extirpation de l'utérus après rupture, par Andrews. (*Lancet*, 23 avril.) — Un cas d'hématomètre suppurée et d'hématosalpingite guéri par la laparotomie, par Trzebicky. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 49.) — Kyste de la trompe gauche fixé dans le petit bassin par des brides péritonéales et comprimant la vessie et l'uretère gauche, cystite et urétero-pyélite ascendante, mort, par Guillet. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er oct.) — Salpingite chronique végétante et hémorragique, par Cornil. (*Bull. Acad. méd.*, XVIII, n° 49.) — Nouvelle méthode de traitement de la métrite chronique et surtout de l'endométrite par la galvano-cautie, intra-utérine, par Apostoli. (*Boston med. journ.*, 21 avril.) — Laparotomie dans un cas d'hydrosalpinx, par J.-B. Harrington. (*Ibid.*, 21 avril.) — Onze laparotomies pour les affections des annexes de l'utérus, par Penrose.

(*Philad. county med. Soc.*, 23 nov.)—De l'inversion systématique de l'utérus pour faciliter l'extirpation des fibro-myomes volumineux, par Le Dentu. (*Progrès médical*, 19 nov.) — Volumineux fibro-myome extra-utérin, par Dagron. (*Bull. Soc. anat.*, p. 855.) — Corps fibreux faisant saillie dans le vagin extirpé par la méthode de l'inversion utérine, mort, par E. Regnauld. (*Ibid.*, p. 643.) — L'énucléation des myomes utérins, par Kleinwaechter. (*Wien. med. Presse*, n° 42.) — Hystérectomie pour tumeur fibro-kystique, par Robson. (*Brit. med. journ.*, p. 878, oct.) — Ablation par le vagin d'un fibrome kystique intra-pariétal du volume d'une tête d'adulte, guérison, par Von Swiciecki. (*Centr. f. Gynæk.*, n° 23.)— Enucléation d'un fibrome sous-muqueux de l'utérus immédiatement après l'accouchement, par B. Urwitsch. (*Ibid.*, n° 31.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus, myxome lymphangiectode, par Pozzi. (*Bull. soc. de chir.*, XIII, p. 489.) — Fistule vulvo-vagino-rectale, fibromyome utérin, hystérectomie, par A. d'Antona et J. Pascale. (*Il Morgagni*, décembre.) — Hématome associé à un fibromyome dégénéré de l'utérus, hystérectomie sus-vaginale, guérison, par A. Meredith. (*Brit. med. journ.*, p. 1050, nov.) — Hystérectomie chez une femme atteinte de pyélite, causée par la compression d'un uretère par un fibrome utérin, par Cabot. (*Boston med. journ.*, 2 juin.) — Remarques sur l'extirpation des fibromes utérins par la laparotomie, par Bantock. (*Phil. obstet. Soc.*, 17 sept.) — Traitement des fibromes utérins par électrolyse, par Steavenson. (*Brit. med. journ.*, p. 702, sept.) — Hystérectomie pour tumeurs fibreuses de l'utérus, mort de septicémie, par Hankes. (*Obstet. Soc. New York*, 4 octobre.) — Hystérectomie vaginale dans un cas de cancer utérin, par Ferd. Purcell. (*Lancet*, 27 août.) — Hystérectomie vaginale pour un épithélioma, récidive, mort 2 mois après l'opération, par Mundé. (*New York obstet. Soc.*, 4 oct.) — Récentes hystérectomies pour cancer, par Post. (*Amer. journ. of obstet.*, nov.) — Sarcome de l'utérus, hystérectomie vaginale, guérison, par Doléris. (*Bull. Soc. anat.*, p. 531.) — Cancer primitif de la muqueuse du corps de l'utérus, examen histologique, par Valat. (*Ibid.*, p. 712.) — Contribution à l'étude clinique du cancer du col de l'utérus pendant l'accouchement à terme, par Bouvret. (*Thèse de Montpellier*, n° 34.) — Diagnostic et traitement chirurgical du cancer du segment inférieur de l'utérus, par Siegfried Stocker. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 déc.) — Colpohystérectomie dans le carcinome, par G. Wackerhagen. (*New York med. journ.*, p. 398, 8 oct. 1887.)— Hystérectomie vaginale pour cancer, par Monod. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 377.) — Hystérectomie sans ouverture de la cavité péritonéale, par F. Frank. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 869.)

V

Vaccin. — Des affections diverses pouvant compliquer la vaccine en dehors de la syphilis, par Proust. (*Bullet. méd.*, 11 déc.) — La vaccine, par Hertzka. (*Wien. med. Presse*, n° 31.)

Vagin. — Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale, par Bex. (*Thèse de Paris*, 7 déc.) — Epidémie de vulvo-vaginite par bains en commun, par Suchard. (*Revue Suisse romande*, VII, 675, novembre.) — Absence congénitale du vagin avec rétention menstruelle, par Emmet. (*N. York obst. Soc.*, 4 oct.) — Essai sur les rétrécissements du vagin congénitaux et acquis, par Lyon. (*Thèse de Paris*, 2 déc.) — La nature de l'hymen, par Bland Sutton. (*Brit. gynec. Soc.*, 23 nov.) — Tumeur vaginale chez une fille de 14 ans, hématocolpos probable, par G. Lowe. (*Brit.*

med. j., p. 1049, nov.) — Des kystes du vagin, par WOORUFF JOHNSTON. (*Americ. journ. of obst.*, nov.) — Sur les kystes du vagin, par P. BAUMGARTEN. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVII, H. 3, p. 528.) — Carcinome du vagin, par RUTER. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 38.)

Vaisseaux. — Les germes des vaisseaux sanguins et leur développement sur un embryon de poulet, par N. USKOW. (*Mém. de l'Acad. des sc. de Saint-Pétersb.*, VII.)

Varice. — Des lésions trophiques et des lésions cutanées des membres variqueux, par FORGUE. (*Gaz. hebd. de Montpellier,* n° 53.) — Hémorragie considérable par rupture traumatique de varices des organes génitaux externes pendant la grossesse, par LEGRY. (*Progrès méd.*, 22 oct.) — Note sur la cure radicale du varicocèle par la résection simple bilatérale du scrotum, par WICKHAM. (*Union médicale*, 8 sept.) — Cure radicale du varicocèle, par REYET. (*N. York med. Record*, n° 22, nov.)

Varicelle. — Néphrite aiguë dans la varicelle, par M. OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.,* 26 décembre.)

Variole. — Cas de maladie des os observés chez de jeunes enfants après la variole, par ARTHUR NEVE. (*Lancet*, 24 septembre.) — Contribution à l'étude de la néphrite varioleuse, par O. ARNAUD. (*Thèse de Montpellier*, n° 16.) — L'acétanilide dans les varioles graves, par H. HAAS. (*Wien. med. Presse*, n° 44.)

Veine. — Double veine cave supérieure, veines pulmonaires droites s'ouvrant dans l'oreillette droite et orifice spécial interauriculaire chez un nouveau-né de douze jours, par DAVID HEPBURN. (*Journ. of anat. and physiol.*, *Vol.*, XXI, 3.) — De la phlegmatia alba dolens, par LÉON DUMAS. (*Montpell. méd.*, p. 25, juillet.) — Thrombose de la veine porte, par W. OSLER. (*Boston med. jour.*, 6 octobre.)

Ventriloquie. — Les phénomènes physiologiques de la ventriloquie, par KUSSNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 686.)

Vessie.— De la cystite primitive idiopathique, par CAMBOURS. (*Thèse de Paris*, 30 nov.) — Deux observations de cystite pseudo-membraneuse, par GUILLET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 734.)—Vessie à cellules et à poches. Compression avec dilatation de l'uretère droit par l'une de ces poches, par JACQUET. (*Ibid.*, p. 522.) — Paralysie vésicale ; cystite ; uretéro-pyélite ascendante ; néphrite suppurée, par POLGUÈRE. (*Ibid.*, p. 183.) — De la taille dans les cystites douloureuses, par P. SEGOND. (*Semaine méd.*, 14 déc.) — Contribution à l'étude du phlegmon prévésical, par CRISTOL. (*Thèse de Montpellier*, n° 23.) — Traitement de la rétention d'urine par la ponction et l'aspiration capillaire, par JOHN WARD COUSINS. (*Brit. med. journ.*, p. 618, septembre.) — Hernie de la vessie au-dessus et en avant de la symphyse pubienne, entre les tendons des muscles droits de l'abdomen, par J. REBOUL. (*Bull. Soc. anat.*, p. 23.) — Exstrophie de la vessie, par FAURE et HARTMANN. (*Ibid.*, p. 148.) — Exstrophie de la vessie. Malformation intestinale concomitante. Spina bifida lombaire, par BROCA. (*Ibid.*, p. 791.)— Cystotomie sus-pubienne, par ROBERT CRAN. (*Lancet*, 31 décembre.) — Traitement des calculs vésicaux, par KORACS. (*XVIe Cong. des chir. allem.*) — Hématurie persistante chez un calculeux de vieille date, par GUILLET. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 889.) — Une méthode de suture de la vessie dans la taille sus-pubienne, par ERNEST MAYLARD. (*Glasgow medical Journal*, p. 419, décembre.) — Contribution à la taille, par SUBBOTIC. (*Wien. med. Presse*, n° 35.) — Un cas de cystotomie sus-pubienne, par J.-B. LUCKIE. (*New York med. Journ.*, p. 687,

17 déc.) — Prolapsus complet de l'utérus et de la vessie depuis 15 ans. Trente calculs vésicaux extraits, par A.-H. Gœlet. (*New York med. Journ.*, p. 737, 31 déc.) — Taille sus-pubienne, par A. Secretan. (*Rev. méd. Suisse romande*, p. 736, déc.) — Un cas de taille sus-pubienne chez un homme de 70 ans. Guérison, par R. M'Neill. (*Edinb. med. Journal*, p. 519, décembre.) — Sur un cas de taille hypogastrique, par Faucon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 385-389.) — Taille périnéale combinée à la taille hypogastrique, par Whitehead. (*Lancet*, 14 mai.) — Taille hypogastrique; hémorragie vésicale; guérison, par Morgan. (*Lancet*, 7 mai.) — Lithotritie chez une jeune fille de 11 ans, par Spencer. (*Brit. med. journ.*, p. 993, nov.) — Extraction d'un calcul vésical par la taille sus-pubienne, par Poncet. (*Lyon méd.*, p. 550, 18 déc.) — Du choix d'une opération des calculs vésicaux dans les cas d'hypertrophie prostatique, par Bryson. (*N. York med. Journ.*, p. 607, 28 mai.) — Des fistules urinaires consécutives à la taille périnéale, par Millière. (*Thèse de Lyon*, n° 388.) — Statistique des lithotomies sus-pubiennes pratiquées chez des enfants, par W. Walsham. (*Brit. med. journ.*, p. 818, octobre.) — Statistique des opérations de lithotomies pratiquées à l'hôpital d'Hyderabad, par C. Keelan. (*Brit. med. journ.*, p. 822, octobre.) — Rapport médical sur un cas de rupture isolée de la vessie, par Alexander. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLVII, p. 237.) — Rupture intrapéritonéale de la vessie, laparotomie, insuccès, par Keyes. (*N. York med. Record*, déc., n° 26.) — Rupture de vessie. Opération. Mort par hémorragie du périnée, par Teale. (*Lancet*, 4 juin.) — Laparotomie pour une rupture intrapéritonéale de la vessie, mort, par Fox. (*Med. News*, 10 déc.) — Suture de la vessie à travers une incision abdominale après rupture traumatique. Guérison, par T. Holmes. (*Lancet*, 23 juillet.) — Rupture extrapéritonéale de la vessie, par Briddon. (*New York med. Journal*, p. 482, 30 avril.) — Onze cas de néoplasmes vésicaux, par L. Charamis. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, sept.) — Un cas de papillome de la vessie; taille sus-pubienne; guérison, par J.-S. Watson. (*Boston med. Journ.*, 3 novembre.) — Du papillome villeux de la vessie, par de Paoli. (*Giorn. d. Accad. di med. Torino*, sept.-oct.)— Tumeur de la vessie (myome) chez une femme. Ablation par le galvanocautère, à travers l'urètre dilaté combiné avec une incision sus-pubienne, par Gibbons et Parker. (*Brit. med. j.*, p. 1211, déc.) — Cystotomie dans un cas de cancer étendu de la vessie, par T.-D. Collis Barry. (*Lancet*, 17 septembre.)

Vin. — Plâtrage des vins. Expériences cliniques sur l'homme soumis à l'usage du vin plâtré, par Bourdel. (*Montpellier méd.*, 1er et 16 décembre.)

Virus. — Contribution à l'étude des inoculations préventives, par Foa et Bonome. (*Giornale Accademia di Medicina di Torino*, nov.)

Vision. — Note sur les sensations visuelles, par A.-M. Bloch. (*Bull. Soc. biol.*, p. 391, 18 juin.) — Sur le synchronisme apparent de deux excitations lumineuses successives et voisines, par Augustin Charpentier. (*Ibid.*, 9 juillet, p. 447.) — Exposé et critique de la théorie de la sensibilité visuelle et de son application en ophtalmologie, par Nordman. (*Finska läkar. Handlingar*, déc.) — Vision binoculaire et réfraction, par Sous. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 septembre.) — Une nouvelle théorie sur la vision, par Angelucci. (*Recueil d'ophtalm.*, juillet.)

Vitré (Corps). — Organisation du corps vitré, par Coroenne. (*Bull. des Quinze-Vingts*, p. 163.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE